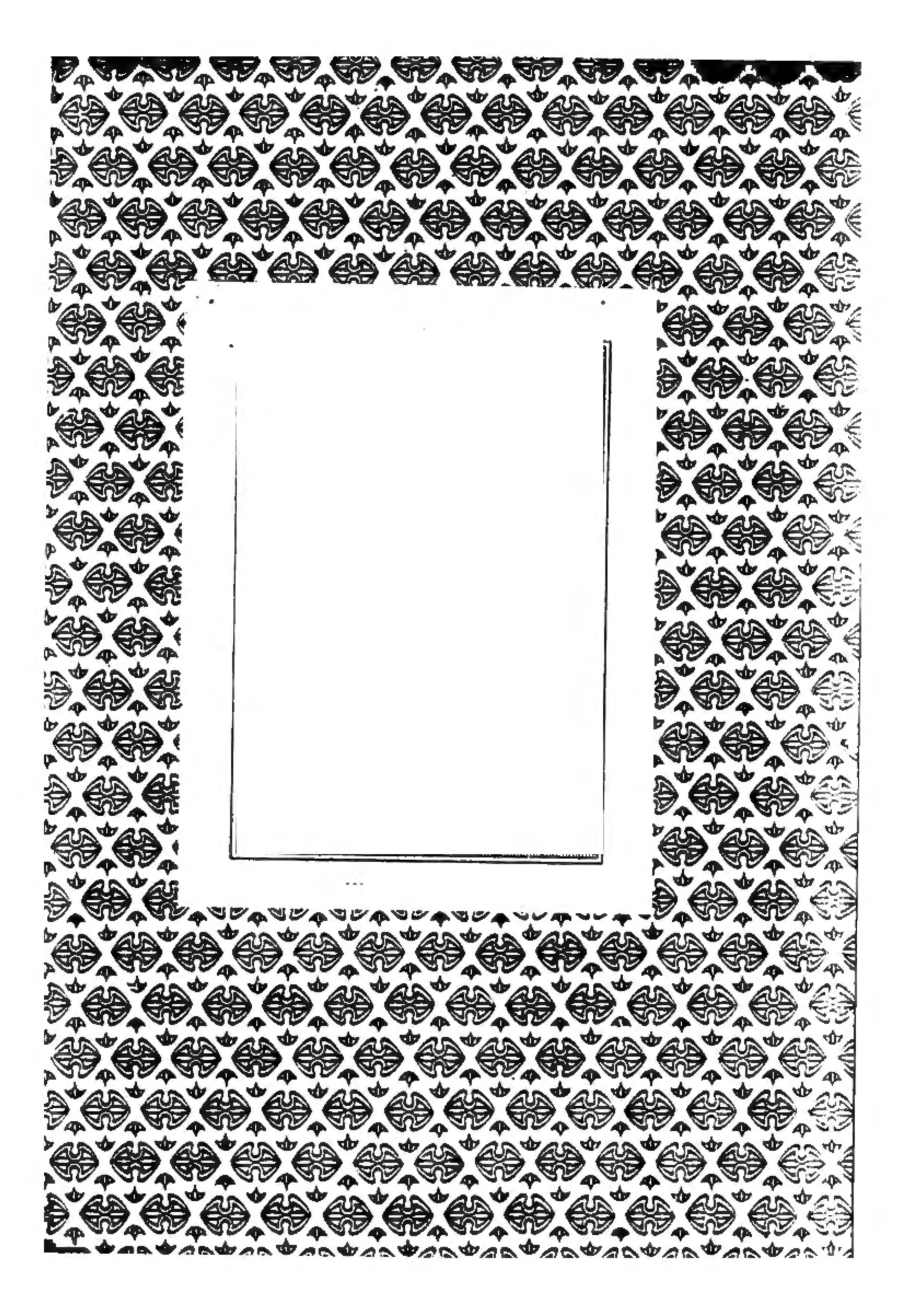


ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME I[er]

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux beaux volumes avec titres et tables des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'étranger.................	23 —

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires, dans les bureaux de poste ou de messageries et dans les gares de chemin de fer.

Paris. A. PARENT, Imp. de la Faculté de méd., rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef
Dr A. LEBLOND

TOME I

Contenant des travaux de MM.

BARDINET, BÉHIER, BOISSARIE, BOUCHUT, BURDEL, CHARRIER, DELAUNAY, DELORE, DESNOS, DUGUET, ÉMERY, FÉRÉOL. GALLARD, GILLETTE, LABBÉ (Léon), LARCHER, A. LEBLOND, LONGUET, MAILHETARD, MARCHAND, MARTIN (de Berlin), PAJOT, PARROT, PILAT, PUECH, RIGABERT, SLAVJANSKI, STOLTZ, TILT, VERNEUIL.

1874

(1er SEMESTRE)

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1874

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARDINET, directeur de l'école de méd. de Limoges, memb. corr. de l'Acad. de médecine.
BARDY-DELISLE, présid. de la soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé a la Fac. de Méd., médecin de l'hôpital des Enfants-malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier, memb. corresp. de l'Ac. de méd.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de Méd. médecin des hôpit.
DEMARQUAY, membre de l'Académie de méd., chirurg. de la Maison mun. de santé.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé a la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de Méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb. de la soc. de méd. de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, prosecteur a la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. adj. du Lycée de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hopital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hop. Lariboisière.
SLAVJANSKY, agrégé d'accouchem. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hop. de Rothschild.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Janvier 1874.

INTRODUCTION.

A NOS CONFRÈRES,

L'étude des maladies particulières aux femmes a pris une très-grande place dans la pathologie interne et externe depuis une quarantaine d'années. A ne dater que de l'ouvrage de Dugès et Boivin, et même de la vulgarisation du spéculum, les leçons de Lisfranc, Roux Velpeau, Jobert, P. Dubois et Ricord, les traités de Becquerel, d'Aran, Nonat, les recherches plus récentes de Valleix, Gosselin, Bernutz et Goupil, Huguier, Richet, Béhier, Kœberlé, Verneuil, Boinet, Armand Després et d'autres; le livre si remarquable de Courty, enfin, les articles des anciens et nouveaux Dictionnaires, toute cette masse considérable de travaux en gynécologie est une preuve incontestable de l'impulsion donnée en France à cette branche importante de la médecine. Les résultats thérapeutiques actuels démontrent aussi, pour un très-grand nombre de cas, combien cette ardeur de travail a été féconde.

A l'étranger, dans tous les pays où la médecine existe à l'état de science, la marche de la gynécologie n'a pas été moins progressive.

Les Scanzoni, Krassowski, Churchill, Bennet, Robert Barnes, Bedford, Simpson, West, Sims, Bowmann, Baker-

Brown, Bozeman, etc., et beaucoup de médecins non moins éminents, ont contribué, pour une large part, à augmenter l'étendue des notions acquises ou à perfectionner nos connaissances et nos moyens d'action dans les maladies des femmes.

Il était singulier qu'en France, une branche aussi vaste et autant étudiée ne fût représentée par aucun organe de publicité.

Fonder un Recueil ouvert à toutes les acquisitions nouvelles de la science, aux observations intéressantes et portant enseignement, aux recherches originales appartenant à la gynécologie, était une idée à réaliser par des praticiens ayant, après leurs études générales, consacré la plus grande partie de leur vie et de leur activité à la pratique et à l'enseignement de la gynécologie et de l'obstétrique.

Cette idée de fonder un Recueil spécial était même tellement une nécessité de l'époque présente, que, d'une part, des tentatives d'un autre ordre sont faites en de moment, et d'autre part, notre idée personnelle ne fut pas plutôt connue, que d'honorables confrères s'en emparaient et songeaient à nous devancer dans l'exécution.

Loin de nous en plaindre, nous nous en félicitons, puisque notre dessein est de nous efforcer de donner au public médical des travaux réellement pratiques, sérieux et dégagés de toute personnalité obstruante.

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE veulent être une tribune scientifique où tous les travailleurs trouveront un accueil cordial et confraternel.

Nous voulons surtout dans notre publication une liberté d'opinions que n'entraveront jamais ni les coteries, ni les petites Eglises, ni les sociétés d'admiration mutuelle.

Les fondateurs des ANNALES se sont fait cette promesse. On les connait. Ils la tiendront.

Sans cesser d'être pleins de respect pour la mémoire de nos anciens maitres, et tout en continuant à honorer la somme des traditions qu'ils nous ont léguées, nous saurons accepter franchement la réfutation de leurs erreurs, et, sous la pression de faits mieux observés et plus sainement inter-

prétés, nous céderons toujours, quelles que soient nos préférences, aux sollicitations de la vérité.

Dans la pathologie obstétricale et puerpérale surtout, nous n'hésiterons pas à nous séparer des rares représentants de doctrines attardées, battues en brèche dans tous les pays scientifiques, et dont la défense atteste à la fois aujourd'hui, chez leurs derniers partisans, l'existence de fermes convictions et l'absence de toute sagacité.

Ni les prétentions vaines, ni les affirmations tranchantes, ni les assertions erronées ne nous paraissent suffire pour dissiper les obscurités des questions de pathologie puerpérale, mais la lumière portée par des hommes comme Trousseau, Velpeau, Béhier, etc., commence à s'infiltrer dans ces difficiles problèmes. Les derniers théoriciens du passé s'acharnent en vain à soutenir encore l'édifice décrépit des doctrines surannées. Il s'écroule avec eux.

Nos lecteurs comprendront dès lors pourquoi, sans les avoir recherchées, nous ne redouterons pas les comparaisons qu'une indiscrétion nous impose.

Disons maintenant comment nous comprenons la limitation et la division de nos travaux.

La gynécologie nous semble pouvoir être conçue comme constituant, en réalité, deux branches souvent afférentes et dérivant l'une de l'autre, mais dans un grand nombre de cas absolument distinctes.

Ainsi, la pathologie et la thérapeutique générales, considérées uniquement au point de vue de la santé ou de la vie des femmes, et en dehors des fonctions génératrices, se sépare d'elle-même de la pathologie et de la thérapeutique envisagées, seulement ou surtout, dans leurs rapports avec les actes reproducteurs.

En d'autres termes, le système génital de la femme présente des lésions et des maladies affectant aussi d'autres régions, et n'offrant de particulier que ce qu'elles empruntent à la nature des tissus, à la conformation des parties, à leur situation, à leurs rapports, etc., mais sans s'opposer parfois à leurs fonctions spéciales, tandis que ce même appareil re-

producteur fournit encore à l'observation de nombreux états pathologiques, incapables de porter une atteinte sérieuse à la santé ou à la vie, mais s'opposant, dans une mesure diverse, à l'accomplissement des actes fonctionnels de la reproduction.

En un mot, des deux parties de la gynécologie, telle que nous la concevons, l'une touche plus à la chirurgie et à la médecine, l'autre davantage à l'obstétrique.

Ainsi, telle lésion chronique compromettant toujours la santé et menaçant même la vie n'entraîne pas forcément l'impossibilité d'exercice des fonctions spéciales; telle autre lésion, entraînant à peine un état maladif, s'oppose plus ou moins à la reproduction.

Pour nous, tout état anormal ou pathologique soit des organes, soit des fonctions de l'appareil génital de la femme, fait partie de notre cadre et rentre dans la gynécologie.

C'est pour répondre, autant qu'il est en nous, à ce caractère multiple que nous avons fait appel à ceux de nos collègues dont les études particulières se sont fixées depuis longtemps sur chacun de ces sujets.

Nous nous sommes assuré ainsi le concours d'hommes compétents, et dont la notoriété ne fait doute pour personne, afin d'élever ces archives gynécologiques à la hauteur de la science actuelle.

Notre domaine se trouve donc exactement circonscrit, et il n'est pas un de nos confrères aujourd'hui, qui puisse se méprendre sur les limites et l'importance de son étendue.

Nous ferons tous nos efforts pour rendre les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE dignes de la bienveillance qu'on nous a déjà témoignée, et nous espérons y pouvoir parvenir dans une mesure suffisante, au moins, pour ne pas nous émouvoir du résultat imprévu de quelques confidences prématurées.

Professeur PAJOT.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTES ET RÉFLEXIONS SUR QUELQUES CAS

DE PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN

Par M. le Dr Boissarie,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin de l'hôpital de Sarlat.

En publiant, sous ce titre, les observations qui suivent, nous choisissons le terme qui semble le mieux convenir aux faits que nous avons observés. Malgré les remarquables travaux de MM. Bernutz et Goupil sur la pelvi-péritonite, on admet que le tissu cellulaire des ligaments larges, la zone celluleuse qui entoure le col, peut s'enflammer. M. Guérin en a montré un exemple concluant à la Société de chirurgie. M. Gallard (Académie de médecine, 6 février 1872) présentait des pièces pathologiques qui venaient à l'appui de la même opinion. On reconnaît d'ailleurs que, sur le vivant, le diagnostic est fort difficile, sinon impossible. La question ne peut être jugée que par des autopsies; elles sont fort rares et parfois contradictoires, comme nous venons de le voir.

Cette question des phlegmons péri-utérins a eu le privilége, il y a dix ou douze ans, d'attirer beaucoup l'attention et de provoquer de nombreux travaux. Depuis cette époque, les observations sont fort rares dans les recueils périodiques ; le sujet pourrait paraître épuisé. Nous avons pensé cependant que les faits que nous rapportons pourraient présenter quelque intérêt. Nous les avons observés sur des personnes d'une bonne santé habituelle, dans un milieu salubre, en dehors des mauvaises conditions diathésiques qui, souvent dans les hôpitaux, viennent

masquer toutes les affections secondaires qui ont pu leur servir de point de départ. Ainsi comprises, elles se rapprochent peut-être davantage de leur physionomie et de leur type réel.

OBSERVATION I. — **Abcès rétro-utérin, — s'ouvre dans le rectum, — détermine une paraplégie par compression qui dure une année entière, — se porte en avant, — s'ouvre dans le vagin, la paraplégie cesse, — deux grossesses intercurrentes heureusement à terme, — l'état général se relève, l'état local reste le même depuis cinq ans.**

Le 19 décembre 1868, madame X..., âgée de 25 ans, accouchait à terme, dans les conditions normales, d'un enfant bien constitué et bien portant. Déjà mère d'un premier enfant d'une santé en apparence très-robuste, sans antécédents morbides fâcheux, tout semblait lui assurer les suites de couches les plus heureuses. En effet, le neuvième jour elle était déjà debout se croyant entièrement rétablie, lorsqu'elle fut prise brusquement d'une douleur dans le côté gauche, s'irradiant dans la cuisse du même côté, en suivant en arrière le trajet du nerf sciatique, en avant la ligne des vaisseaux.

Le médecin appelé à ce moment, ne trouvant pas de fièvre, pas de symptômes généraux, prescrit des frictions avec le baume tranquille. Mais le lendemain 29 décembre, la malade ne peut se lever; les douleurs vont en augmentant, on sent un empâtement profond dans la fosse iliaque; il y a de la constipation, mais la fièvre est encore modérée. — Tr. lavement purgatif; 12 sangsues; cataplasmes.

Les 30 et 31. Deux accès de fièvre assez violents. La douleur devient plus intense et s'étend davantage. — Potion au sulfate de quinine. Larges frictions avec l'onguent mercuriel belladoné.

1867. 2 janvier. La sensibilité est moins vive. Les frictions déterminent un commencement de salivation. On les supprime; un vésicatoire est appliqué sur le côté; chlorate de potasse à l'intérieur.

Jusqu'au 7 janvier, un mieux assez sensible s'est produit dans l'état de notre malade, mais ce jour-là les accès reparaissent et forcent à reprendre le sulfate de quinine. Il y a peu de douleur, mais on constate facilement une tumeur dans la fosse iliaque.

Le 15. Le mieux se soutient; l'état général est bon; la tumeur diminue sensiblement de volume, et tout fait espérer sa résolution prochaine. Mais ces prévisions ne se justifient pas; au moment où sous l'influence du traitement le mal semble conjuré, de nouvelles poussées inflammatoires se déclarent et activent la suppuration de la tumeur.

Le 22. Un nouvel accès de fièvre se déclare; la douleur provoquée devient vive à la région lombaire, tandis que la douleur spontanée dans toute la région lombo-abdominale arrache des plaintes à la malade. La tumeur augmente sensiblement de volume.

1er février. L'état fébrile est intense. Par le toucher vaginal on trouve l'utérus encore volumineux, et dans le cul-de-sac gauche du vagin on sent la tumeur qui semble remplir le côté. La malade est prise d'un hoquet violent qui ne lui laisse pas un moment de repos. Il y a une gêne pour respirer, une faiblesse excessive. Tous ces accidents persistent pendant six jours, malgré l'emploi de la glace, des liniments chloroformés et des opiacés.

Le 4. Une détente brusque se produit; la malade nous dit avoir senti qu'une poche s'ouvrait dans le rectum, et de fait elle rend par l'anus une certaine quantité de pus.

Le 5. Le hoquet a cessé, et un mieux sensible se continue.

Le 12. L'amélioration se soutient, le ventre est peu douloureux. Par le toucher rectal on trouve une tumeur dure, située surtout à gauche, grosse comme une petite pomme. Le col de l'utérus est élevé, mou et entr'ouvert.

Le 16. La malade commençait à se lever lorsqu'un nouvel accident vient entraver sa convalescence. Un engourdissement et de vives douleurs se déclarent dans la région lombaire. Un œdème envahit la jambe gauche, et tout le membre de ce côté devient insensible et inerte. C'est une paralysie complète du sentiment et du mouvement de la cuisse et de la jambe gauches. Pendant les deux mois de mars et avril les douleurs lombaires persistent avec les mêmes accidents de paralysie, et cela malgré l'application de cautères à la région des lombes, l'usage des bains sulfureux longtemps continués. Cependant la nutrition se fait, la fièvre a disparu et l'état général semble reprendre.

3 mai. Le mouvement revient un peu dans les orteils; la malade peut s'asseoir dans son lit.

Le 23. Les règles apparaissent pour la première fois depuis l'accouchement, et à ce moment la tumeur de la fosse iliaque semble avoir disparu. La jambe a retrouvé sa sensibilité, mais reste immobile. On reprend les cautères, les bains sulfureux, mais sans grand résultat.

28 juin. Les règles viennent pour la seconde fois, mais l'amélioration du côté de la paralysie ne se continue pas. L'insensibilité reparaît. On sent toujours une tumeur volumineuse faisant saillie dans le rectum; c'est cette tumeur qui par compression détermine les accidents de paralysie. Nous cherchons à déterminer l'affaissement de cette tumeur par des ponctions répétées. Dans ce but, nous glissons le long du doigt, dans le rectum, un trocart de petit calibre et ponctionnons au centre de cette tuméfaction. Mais cette tentative reste sans résultat, et il ne s'écoule rien par la canule. Par l'anus, à intervalles divers, il s'écoule spontanément une certaine quantité de pus, sans profit pour la malade.

La fin de l'année 1869 se passe dans les mêmes conditions; le mem-

bre gauche reste paralysé ; de temps à autre, les bouffées inflammatoires viennent ranimer un abcès mal éteint. Cependant l'état général est bon, la nutrition se fait bien. Mais la malade ne peut se lever ni faire le plus petit mouvement. On ne peut recourir qu'à un traitement général par les résolutifs et les fondants : l'iodure de potassium, les vésicatoires, les toniques, etc.

1870. 3 janvier. Les élancements deviennent plus vifs dans la tumeur ; en même temps celle-ci devenue moins perceptible par le rectum se porte en avant au-dessus de l'aine et fait saillie sous la peau. Ce déplacement de la tumeur amène une amélioration de la paralysie; les mouvements et la sensibilité reviennent peu à peu dans le membre inférieur. Les pieds sont infiltrés.

12 mars. L'abcès, qui faisait saillie sous la peau, s'ouvre spontanément par le vagin, et le pus s'écoule abondamment pendant deux jours. Cet abcès s'ouvre et se ferme en suivant des recrudescences variables. Sa marche est la même que celle de l'abcès de l'année précédente, ouvert dans le rectum. Les accidents de paralysie tendent à disparaître et le 4 juin la malade marche avec des béquilles.

Quelques jours après, elle entreprend même un assez long voyage, qui détermine la formation d'un nouvel abcès qui s'ouvre encore dans le vagin. Malgré tout, elle marche bientôt après, avec une seule canne, et le reste de l'année s'écoule dans d'assez bonnes conditions. Le pied gauche reste gonflé, il y a de la douleur dans la fosse iliaque, mais l'ensemble de la constitution laisse peu de chose à désirer.

1871. Avril. Nous ne revoyons notre malade que le 7 avril 1871. A ce moment, elle est enceinte de six mois. Il y a de l'albumine dans les urines, et la marche est encore pénible.

7 juillet. Accouchement normal d'un enfant à terme et bien portant.

Le 9. Les douleurs se réveillent dans le flanc gauche, Il y a de la fièvre; application de 10 sangsues.

Le 15. Le hoquet survient avec des frissons, et en même temps une perte de sang assez abondante se déclare. Les frissons et la perte subsistent pendant cinq ou six jours. La jambe gauche se paralyse de nouveau.

Le 25. Un nouvel abcès s'ouvre dans le vagin. A partir de ce moment, un mieux sensible se déclare. La malade peut se lever le 1er août. Elle peut même essayer de nourrir, mais il survient des abcès au sein qui ne lui permettent pas de continuer. Les douleurs dans les lombes reparaissent à intervalles plus ou moins éloignés dans les derniers mois de 1871.

Les abcès s'ouvrent et se ferment à deux ou trois reprises différentes. Leur ouverture dans le vagin se fait par un petit pertuis situé en arrière et à gauche, à côté du col de l'utérus.

1872. Notre malade est de nouveau redevenue enceinte. Elle accouche

le 11 octobre dans de bonnes conditions. Les jours suivants, il y a encore du hoquet, de la douleur dans le flanc, une perte assez abondante; de la tuméfaction dans la fosse iliaque.

19 octobre. L'abcès s'ouvre comme d'habitude; la malade va mieux et veut nourrir son enfant. Elle le nourrit, en effet, et dans de bonnes conditions.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis un an, l'abcès se reforme tous les deux ou trois mois et s'ouvre spontanément dans le vagin. Aujourd'hui notre malade marche librement, sans conserver de traces de son ancienne paralysie; elle se livre même à des travaux relativement pénibles. Son embonpoint et sa fraîcheur sont revenus et elle a toutes les apparences d'une santé florissante. Mais elle conserve toujours dans le côté gauche, ce foyer mal éteint qui reste encore comme une menace pour l'avenir.

En résumant cette observation, elle nous paraît intéressante à plus d'un titre. De 1868 à 1873, c'est-à-dire pendant cinq ans, nous avons pu suivre toutes les phases de la maladie. Voilà une jeune femme, d'une bonne santé habituelle, qui accouche pour la seconde fois dans des conditions normales, et le neuvième jour se déclarent du côté gauche tous les symptômes d'un phlegmon péri-utérin. Le traitement employé semble d'abord pouvoir conjurer le mal, un commencement de résolution se fait, la fièvre s'arrête, et nous touchons presque à la convalescence. A ce moment survient une violente poussée inflammatoire, les accidents généraux se réveillent plus intenses, la tumeur augmente de volume, devient plus sensible, et le 4 février, un mois environ après le début de l'affection, l'abcès s'ouvre et se vide par le rectum.

La malade se trouve immédiatement soulagée. Jusque-là, c'est bien la physionomie ordinaire et la marche classique des abcès péri-utérins. C'est dans les complications ultérieures que réside le principal intérêt de l'observation.

Cet abcès, situé en arrière et à gauche de l'utérus, qui fait saillie dans le rectum où il vient se vider incomplètement, détermine dix jours après, de violentes douleurs dans les lombes, de l'œdème dans les membres inférieurs et une paraplégie complète à gauche, commençante à droite.

Cette paralysie persiste pendant dix mois sans changement appréciable, malgré le retour des règles, malgré les variations

que subit la tumeur lorsque tous les quinze jours ou tous les mois, le pus contenu dans son intérieur vient s'ouvrir un passage par le rectum.

Au mois de janvier 1870 (la paralysie date de février 1869), le phlegmon, sous l'influence d'une nouvelle poussée inflammatoire se déplace, vient un moment saillir sous la peau au-dessus de l'aine, et peu de jours après s'ouvre dans le vagin. Dès ce moment, les mouvements et la sensibilité reviennent dans les membres inférieurs; la malade se lève, marche d'abord avec des béquilles, et peu de temps après avec une canne. Nous aurons occasion de revenir sur ces accidents de paralysies, bien rares dans les phlegmons péri-utérins. Dans le cas qui nous occupe, l'influence de la tumeur sur le mouvement et la sensibilité dans les membres inférieurs est évidente; ce n'est que lorsque l'abcès, abandonnant les parties profondes, est venu saillir en avant, que les nerfs ont retrouvé leurs fonctions.

La malade, débarrassée de sa paraplégie, retrouve ses forces, sa santé générale s'améliore, et cependant son abcès, qui détermine un empâtement profond, mais sensible dans le flanc gauche, continue à s'ouvrir tous les quinze ou vingt jours dans le vagin. L'année 1870 s'écoule dans ces conditions. Dans les derniers mois elle devient enceinte.

Sa grossesse n'est aucunement entravée par l'abcès qui suppure toujours. Le 7 juillet, elle accouche dans d'excellentes conditions L'accouchement surexcite un moment le phlegmon; il y a des frissons et du hoquet, mais tout se termine rapidement par l'ouverture dans le vagin d'un abcès peu considérable.

Nous retombons dans les conditions précédentes. L'année suivante 1872, nouvelle grossesse, nouvel accouchement dans de bonnes conditions.

Encore du hoquet et des frissons, et tout se termine par un nouvel abcès. La malade nourrit son enfant; sa santé générale parait excellente, et après cinq ans de traitement, deux grossesses intercurrentes, elle n'a pu se débarrasser de ce foyer mal éteint qui suppure toujours. La paraplégie qui a duré un an sous l'influence d'un phlegmon péri-utérin; les deux grossesses intercurrentes, pendant lesquelles l'utérus a pu se mouvoir et se

développer librement, sans être autrement impressionné au milieu de cette gangue inflammatoire ; telles sont les particularités intéressantes que nous présente cette observation et sur lesquelles nous aurons occasion de revenir.

Nous n'avons vu cette malade qu'en consultation, et nous devons les détails de l'observation au médecin ordinaire, le docteur Lombard, qui a suivi jour par jour les détails de la maladie.

OBS. II. — **Abcès retro-utérin chez une primipare, — s'ouvre dans le rectum, — reste stationnaire depuis huit ans, — n'entrave pas trois grossesses heureusement arrivées à terme dans cet intervalle.**

Madame L-G. se marie en 1864, à l'âge de 25 ans; elle est d'une santé robuste, n'a jamais été malade, est parfaitement réglée.

Elle devient enceinte un mois après son mariage. Sa première grossesse fut très-pénible; dès le début, elle souffrit d'une constipation opiniâtre, que rien ne pouvait vaincre, et qui rendait sa digestion très-difficile. L'accouchement fut laborieux; il fallut employer le forceps pour amener un enfant mort. Les suites de couches, d'abord assez simples, ne tardèrent pas à se compliquer.

Les phénomènes généraux furent peu marqués; il n'y eu ni fièvre ni frissons. La douleur était très-vive dans la profondeur du bassin, surtout à gauche, s'irradiant dans les membres inférieurs. Sans pouvoir préciser exactement le début des accidents, c'est environ du quinzième au vingtième jour après l'accident qu'ils se déclarèrent. La constipation surtout était opiniâtre, et chaque selle provoquait des souffrances cruelles. Appelé le 4 avril 1865 auprès de cette malade, nous la trouvons dans les conditions suivantes : elle est pâle, amaigrie, très-anémiée; l'utérus est abaissé, le col, placé près de la vulve, volumineux, est dirigé à droite.

En arrière du col, au-dessus de l'insertion du vagin, du côté gauche, on sent une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, bosselée, sensible à la pression, immobilisant complètement l'organe.

Il est impossible de communiquer à l'utérus aucune espèce de mouvement.

Le toucher rectal achève de démontrer l'existence d'une tumeur arrondie, irrégulière, bosselée, qui semble adhérente aux parois du bassin à gauche.

Les matières sont donc obligées de passer sous une espèce de pont, constitué en avant par l'utérus, sur les côtés par des adhérences; aussi la constipation est-elle le symptôme le plus incommode. Par le palper abdominal on détermine peu de douleur.

Depuis quelques jours, la malade a rendu, en assez grande quantité, du pus par le rectum.

Les règles ont reparu le deuxième mois après l'accouchement ; à chaque époque menstruelle, les douleurs deviennent plus vives L'écoulement du pus, plus abondant au moment des règles, ne détermine pas un affaissement sensible de la tumeur et n'entraîne aucune amélioration.

Malgré le traitement employé (bains émollients, iodure de fer et quinquina), les choses restent en cet état. Huit mois après, la malade devient enceinte pour la seconde fois.

La grossesse n'apporte aucune modification dans la situation que nous venons de décrire ; elle n'est du reste entravée par aucun accident, et la malade accouche dans de bonnes conditions d'un enfant bien portant, qu'elle nourrit elle-même très-heureusement.

Depuis son accouchement comme pendant sa grossesse, elle n'a cessé de souffrir et de rendre du pus d'une façon presque continuelle par le rectum.

Mariée en 1864, elle a eu quatre enfants. Les trois derniers sont bien portants, et le plus jeune a 4 ans. Les trois dernières grossesses ont été très heureuses, malgré la présence de cet énorme abcès qui, accolé à la face postérieure de l'utérus, remplit une partie du rectum.

Il y a aujourd'hui huit ans que notre malade est atteinte de cette affection ; s'il n'y a pas d'amélioration dans son état local, sa santé générale est bonne. Elle vit à la campagne et se livre à des travaux pénibles. Son teint est encore pâle, mais elle a de la force et de l'embonpoint. Chaque jour encore elle souffre d'épreintes douloureuses, de besoins d'aller qu'elle ne peut satisfaire ; elle rend sans cesse des glaires, des mucosités, et du pus par l'anus, tandis qu'elle souffre de vives démangeaisons à la vulve. Ses règles sont régulières ; il y a peu de leucorrhée, et la tumeur rétro-utérine est ce qu'elle était le premier jour. Elle a le même volume, détermine la même compression sur l'intestin et semble n'avoir aucun retentissement sur l'économie.

Encore aujourd'hui, notre malade ne trouve de soulagement que dans les irrigations d'eau froide, faites une ou deux fois par jour dans le rectum et continuées chaque fois pendant un quart d'heure au moyen d'un tube de caoutchouc, faisant office de siphon, et terminé par une longue canule en gomme.

L'intérêt de cette observation réside :

1° Sur ces trois grossesses venant heureusement à terme, chez une femme affectée d'un volumineux phlegmon rétro-utérin ;

2° Sur l'état stationnaire du phlemon pendant huit ans ;

3° Sur son peu de retentissement sur l'économie.

Nous aurons occasion de nous appesantir sur chacun de ces points en résumant notre travail.

Nous ne donnons que le résumé de cette observation, qui pendant huit ans d'ailleurs n'a pu présenter un intérêt de chaque jour.

OBS. III. — **Abcès rétro-utérin chez une femme qui n'a jamais eu d'enfants, — s'ouvre dans le vagin et le rectum où il se vide pendant deux ans, — guérison qui dure cinq ans, — nouvel abcès sous l'influence de la machine à coudre qui dure encore deux ans, — la malade est emportée dans quinze jours par l'extension de l'abcès dans l'abdomen, la fosse iliaque, le flanc droit.**

Femme M. P..., âgée de 20 ans, d'une bonne santé habituelle, bien réglée, mariée depuis un an, n'ayant jamais eu de grossesse, fut prise brusquement, sans cause connue, d'un phlegmon rétro-utérin qui ne tarda pas à s'ouvrir dans le vagin. Je vis pour la première fois cette malade en 1864. Depuis plusieurs mois déjà l'abcès coulait dans le vagin. Sa santé générale avait été très-ébranlée par le développement de ce phlegmon; elle était pâle, très-amaigrie, très-faible; son teint était profondément cachectique, et il y avait encore un léger mouvement fébrile.

En explorant les organes génitaux, nous trouvons le vagin étroit et peu profond; le col de l'utérus arrive presque jusqu'à l'orifice vulvaire; il est long, et son orifice est très-étroit; l'utérus lui-même est abaissé et à peu près immobile dans tous les sens. Le col conique, très-dur, est bien celui d'une femme qui n'a pas encore eu d'enfants. Dans les culs-de-sac on trouve peu de résistance; mais en arrière du col on sent une tumeur manifeste. En combinant le toucher rectal et vaginal on circonscrit parfaitement cette tumeur, qui est accolée à la face postéro-inférieure de l'utérus et fait saillie dans le rectum. Le ventre est un peu tendu et douloureux; mais la pression n'exaspère pas sensiblement la pression, et en déprimant la paroi, on ne sent qu'une résistance un peu vague.

Le traitement consiste d'abord dans les frictions sur le ventre avec l'onguent mercuriel belladoné, des bains, des cataplasmes, des injections émollientes; à l'intérieur le fer et le quinquina.

Au bout de trois mois, les règles suspendues depuis le début de la maladie reparaissent; l'état général reprend sensiblement. En examinant la malade au spéculum, on aperçoit dans le vagin, tout près du col et arrière de lui, un orifice très-étroit par lequel le phlegmon se vide dans le vagin. En introduisant une sonde très-fine en gomme dans ce pertuis, on pénètre à 4 ou 5 centimètres.

Toute menace de péritonite paraissait éteinte, et ce clapier n'avait plus de retentissement sur l'économie; y avait-il quelque chance d'en

triompher par un traitement local? Les injections au centre de ces foyers purulents ont été successivement conseillées ou blâmées.

Récamier employait des injections simples; Demarquay employait les injections iodées; Courty les rejette absolument. Dans le cas actuel le trajet fistuleux était parfaitement organisé, facilement accessible par le vagin, l'écoulement de pus permanent; l'occasion nous parut favorable pour essayer les injections iodées.

Chaque jour nous lavions la cavité avec de l'eau tiède, puis nous injections environ 50 grammes d'une solution iodée au cinquième. Ce traitement, qui n'était suspendu qu'à l'époque des règles, fut continué pendant six mois. Jamais il ne provoqua le moindre retentissement inflammatoire; l'abcès commençait à se déterger, sa cavité semblait diminuer d'étendue lorsque nous fûmes brusquement forcé d'interrompre notre traitement.

En faisant une dernière injection, le liquide ne ressortit pas. La malade en ce moment éprouva une angoisse extrême, de violentes coliques, et nous inspira un moment de vives inquiétudes. Mais nos craintes se dissipèrent vite à la vue de la solution d'iode qui ressortait par l'anus. La paroi rectale de la tumeur avait cédé, et une seconde ouverture s'était faite de ce côté.

Il nous fallut suspendre notre traitement pour ne pas provoquer une vive inflammation de l'intestin.

Peu à peu pourtant, l'abcès finit par tarir entièrement, les deux ouvertures se fermèrent; et malgré un reste d'induration qui ne déterminait ni gène, ni douleur, la malade put se croire guérie. Elle l'était bien en effet, en apparence; car elle retrouva bientôt sa santé, ses forces et tout l'éclat ordinaire de son teint.

La guérison se maintint pendant cinq ans sans interruption aucune. Cette femme qui travaillait dans un atelier de couture, put reprendre son travail; dans les derniers temps, elle faisait aller une machine à coudre. Cet exercice, très-fatigant même pour une personne robuste, ne tarda pas à provoquer la réapparition des premiers accidents. Dans le courant de 1867, l'abcès se reforma sur les traces du premier. Au bout d'une quinzaine de jours, il s'ouvrit dans le rectum, sans déterminer un grand mouvement fébrile. Pendant dix-huit mois les choses restèrent en cet état. La poche s'ouvrait et se fermait par intervalles, se vidant toujours dans le rectum. La santé générale n'était pas trop altérée et la malade pouvait encore travailler chez elle.

Les choses en étaient là, lorsqu'au mois de février 1871 notre malade est prise brusquement d'accidents suraigus d'une grande intensité. Vomissements, fièvre ardente, constipation, face crispée. Ces accidents se prolongent pendant six jours sans se préciser davantage.

Le ventre, sur lequel l'attention est plus particulièrement portée, paraît d'abord souple et peu douloureux; sans matité appréciable. Il

n'y a rien de particulier du côté de l'abcès rétro-utérin. Je donne de l'opium à haute dose, de la glace pour calmer la soif, des cataplasmes avec onctions mercurielles sur l'abdomen.

Enfin, le sixième jour, je trouve, dans le flanc droit, un empâtement sensible, bientôt une tumeur se dessine, mal limitée, mais donnant à la région une tuméfaction visible; cette tumeur remonte jusqu'à la limite inférieure du foie. Un grand vésicatoire appliqué sur toute l'étendue du mal, ne produit aucun soulagement. Je place aussitôt après, au point le plus saillant, une traînée de pâte de Vienne large et profonde, dans le double but de déterminer des adhérences et de me conduire dans le foyer.

Mais le treizième jour, les accidents généraux s'aggravent à un tel point que toute temporisation devient impossible; il faut ouvrir une issue au pus par le plus court chemin; c'est là la dernière chance de salut.

Avec le trocart capillaire de Dieulafoy, n° 3, je pénètre par le centre de l'eschare à 6 centimètres de profondeur. Je retire 50 grammes de pus très-épais. Mais à ce moment le corps de pompe en verre se brise et je ne puis le remplacer. Je me trouvais dans une cruelle perplexité. Si je n'achève pas l'opération, la malade est perdue; déjà sa face est décomposée, son pouls d'une fréquence excessive. D'un autre côté, si j'ouvre une large issue au pus, je puis le rejeter dans le péritoine et hâter la terminaison funeste. Je me décide pourtant pour ce dernier parti espérant qu'une tumeur aussi franchement inflammatoire, saillante à l'extérieur aura pu créer des adhérences péritonéales dans son voisinage. La pâte de Vienne a dû d'ailleurs concourir au même résultat. Je glisse donc un bistouri à lame étroite le long du petit trocart resté en place, et j'arrive ainsi dans le foyer. Il s'écoule plus d'un litre de pus, la cavité de l'abcès était considérable et la sonde cannelée s'y enfonçait toute entière

Cette évacuation n'amène aucune amélioration dans l'état de la malade; les accidents continuent à s'aggraver; le pouls faiblit rapidement, dès le lendemain l'agonie se déclare, et elle succombe trois jours après l'opération.

Devant ce résultat funeste je pouvais me demander :

1° Si j'avais opéré trop tard?

2° Si par mon opération j'avais précipité le dénoûment?

J'étais en présence d'un abcès pelvien qui avait pris naissance autour de l'ancien foyer, était remonté dans la fosse iliaque droite et de là avait fusé au-dessous du gros intestin jusqu'au voisinage du foie. La laxité du tissu cellulaire de ces parties explique suffisamment pourquoi le pus fuse avec facilité vers la région supérieure de l'abdomen. La marche inverse s'ob-

se [illegible] aussi souvent, et il y déjà longtemps que Grisolle et autres ont montré que les abcès des fosses iliaques peuvent, chez la femme, descendre dans la cavité pelvienne et s'ouvrir dans le vagin. Du reste, le pus était-il parti du phlegmon rétro-utérin pour remonter dans le flanc droit; ou le phlegmon rétro-utérin n'avait-il agi que comme cause occasionnelle, déterminant la formation d'un phlegmon iliaque indépendant du premier? C'est ce que l'autopsie seule a pu éclaircir; mais là n'est pas le principal intérêt de l'observation.

Grisolle recommande de n'inciser ces abcès qu'après s'être assuré au préalable qu'il y a fluctuation et que le foyer adhère à la paroi abdominale. Mais les accidents se précipitaient dans ce cas avec une telle intensité, que nous ne pouvions suivre les règles ordinaires; c'est ainsi que la potasse caustique nous offrait une marche trop lente pour arriver au foyer; nous ne pûmes en faire qu'une seule application.

Le trocart de Dieulafoy semblait répondre aux indications les plus pressantes; mais l'instrument nous fit défaut entre les mains. Alors, en présence d'un abcès volumineux, qui faisait une forte saillie sous les téguments, je plongeai directement le bistouri jusque dans sa cavité, ce qui est indiqué lorsque la tumeur est superficielle. Peut-être eût-il mieux valu inciser couche par couche. Quoi qu'il en soit, nous ne saurions rapporter la terminaison fatale à l'épanchement de pus dans le péritoine. Au moment de la ponction, l'état de la malade était si grave, si désespéré, que déjà l'inflammation s'était propagée au péritoine et au tissu cellulaire voisin; et, lorsque la péritonite se déclare à une époque rapprochée du début, c'est plutôt par prorogation que par épanchement que la phlegmasie envahit la séreuse; témoin les faits de Dance et Bourienne cités par Grisolle.

En résumé, voilà une malade qui reste pendant près de dix ans sous l'influence d'un phlegmon péri-utérin. Cet abcès, survenu sans cause connue en dehors de toute influence puerpérale, s'ouvre dans le vagin. Des injections iodées, répétées chaque jour pendant plusieurs mois, ne le modifient pas sensiblement, mais ne déterminent aucun accident. Une seconde ouverture se

forme du côté du rectum; bientôt après le pus cesse de couler, les deux orifices se cicatrisent, et la malade, pendant cinq ans, peut se considérer comme guérie.

L'usage d'une machine à coudre réveille les premiers accidents. L'abcès se reforme et s'ouvre dans le rectum — pendant deux ans, il se vide et se ferme régulièrement. Au bout de ce temps, un abcès qui vient saillir dans le flanc droit, à marche suraiguë, emporte la malade dans l'espace de quinze jours.

Tels sont les principaux traits de cette observation. Nous insisterons sur chacun d'eux dans nos conclusions.

OBS. IV. — **Abcès péri-utérin (pelvi-péritonite de Bernutz), cinq ans après un premier accouchement, — recrudescences variables pendant trois ans, — guérison sous l'influence des vésicatoires et sangsues sur le col.**

Madame Del..., âgée de 20 ans, d'une bonne santé habituelle, bien réglée, n'ayant pas habituellement de pertes blanches, se marie à la fin de 1864, devient enceinte peu de temps après, et accouche le 15 décembre 1865 dans de bonnes conditions. Elle se rétablit promptement. Jusqu'en 1867, sa santé ne laisse rien à désirer; à cette époque elle éprouve de violentes douleurs en allant à la selle, et l'examen nous montre qu'elle est atteinte de fissures à l'anus assez profondes, qui sont la cause de ses souffrances. Elle refuse de se laisser opérer par la dilatation forcée de l'anus, et finit, en se traitant par les lavements de ratanhia et les pommades, par se débarrasser, au bout de dix-huit mois, de on infirmité. Il y a bien parfois des retours dans les douleurs, surtout à l'époque des règles, mais enfin le mal s'éteint peu à peu.

En décembre 1870, c'est-à-dire cinq ans après son accouchement, elle est prise d'une perte blanche très-abondante, qui est bientôt suivie d'une perte rouge ; en même temps de violentes douleurs se déclarent dans le bas-ventre et surtout dans le côté droit; il y a de la fièvre, des frissons, des vomissements. Il y a une très-vive sensibilité à la pression, le toucher est très-douloureux. Le vagin est chaud; on trouve le col entr'ouvert et un peu tomenteux. Les culs-de-sac postérieur et gauche sont libres. La base du ligament large droit est tuméfiée; l'utérus est entraîné de ce côté, les efforts faits pour l'attirer du côté gauche provoquent de vives douleurs. La malade est très-constipée. On peut à peine appliquer la main sur la partie latérale droite de l'abdomen, tellement la sensibilité est vive. Ce sont bien là tous les symptômes d'une métro-péritonite.

Notre malade reste trois mois au lit, conservant toujours un léger mouvement de fièvre et des frissons souvent répétés. Les règles con-

tinuent à paraître régulièrement, mais sont plus longues et plus abondantes; elles déterminent chaque fois une recrudescence sensible.

Sangsues, onguent mercuriel en frictions, vésicatoires souvent répétés, calomel, opium, repos absolu; tel est le résumé du traitement employé.

Au bout de trois mois, l'état aigu s'apaise; la malade peut se lever, mais elle marche très-difficilement, penchée en avant. Il y a toujours de la sensibilité et de la résistance dans le flanc droit et dans le cul-de-sac correspondant.

Dans le courant de l'été, cet état inflammatoire subit des recrudescences fréquentes; à un moment, on sent une tumeur sous la peau qui semble prête à s'ouvrir; mais, sous l'influence des sangsues et des vésicatoires, la résolution se fait, en partie du moins, et l'engorgement devient moins apparent.

En 1872, un mieux assez sensible se produit; la malade marche plus facilement.

Dans le courant de l'été, elle va aux eaux de Bagnères. Le médecin de la localité, s'autorisant d'ulcérations légères qui siègent sur le col et sont la conséquence de l'état général, de la métrite, enfin de la leucorrhée, institue un traitement local. Pendant cinquante jours, il applique chaque jour dans le vagin un tampon enduit de pommades diverses; il laisse le tampon trois ou quatre heures en place. La présence de ce corps étranger ravive les premiers accidents. Ce mode de traitement, d'ailleurs, dont l'action est très incertaine, produit souvent de fâcheux effets. Courty le contre-indique formellement. C'est Mélier qui le premier a prescrit ces pansements journaliers du col avec des tampons médicamenteux; mais tous ces tampons à demeure sont plus nuisibles par l'irritation qu'ils déterminent, qu'ils ne sont favorables au rétablissement par l'action spéciale des substances qu'ils contiennent.

Notre malade nous revient en effet des eaux avec une aggravation sensible dans son état. Les douleurs se sont ravivées et s'irradient dans la jambe droite; la miction est pénible, il y a de la constipation; la marche n'est presque plus possible.

Nous sommes obligé de reprendre la série des moyens précédemment employés. L'application des sangsues sur le col, au nombre de 5 ou 6 chaque fois, après les règles, nous donnent surtout un résultat sensible, et dès les premier mois de 1873, la malade est à peu près entièrement rétablie; toute douleur a disparu, les culs-de-sac sont libres, la pression abdominale ne réveille aucune sensibilité; l'état général est excellent.

Depuis lors, il y a eu une congestion du côté gauche survenue après une époque menstruelle qui nous a fait craindre un moment de voir renaître les premiers accidents. Mais cette bouffée inflamma-

toire s'est arrêtée d'elle-même sans autre retentissement. Aujourd'hui notre malade a repris ses occupations ordinaires, ne conservant que quelques symptômes de métrite muqueuse et des ulcérations peu profondes du col utérin. Nous nous garderons bien de cautériser ces ulcérations, dans la crainte de réveiller une inflammation encore de fraîche date.

Voilà donc une malade qui, cinq ans après un premier accouchement, est prise d'une métrite qui détermine un engorgement dans le côté droit; pendant trois que durent ces accidents, il ne se forme pas de pus, ou du moins il ne se fait pas jour à l'extérieur; après des recrudescences, variables sous l'influence des émissions sanguines locales, la guérison a lieu. Ce cas se rapproche des observations de MM. Bernutz et Goupil, et appartient certainement plutôt aux péritonites pelviennes qu'aux abcès péri-utérins. Il nous donne la preuve des inconvénients que les attouchements répétés du col, la présence de corps étrangers dans le vagin peuvent avoir dans les inflammations de la cavité pelvienne. Y aura-t-il encore de nouvelles rechutes? Nous ne saurions le dire. Mais l'état actuel est des plus satisfaisants, et la malade a repris de l'embonpoint et des couleurs.

CONCLUSIONS.

Dans les observations que nous venons de rapporter, les accidents inflammatoires ont éclaté deux fois après la délivrance et deux fois en dehors de toute influence puerpérale. Cette origine diverse n'a créé, dans les symptômes, aucune différence sensible; une fois l'abcès en voie de développement, sa marche ultérieure n'a plus été influencée par la cause qui l'avait produit. Quoique l'accouchement serve le plus souvent de point de départ à ces inflammations, il ne saurait créer entre ces affections une entité distincte.

Dans trois cas, sur quatre, il y a eu formation de pus et évacuation par le rectum; dans un cas, le pus a fait irruption dans la cavité abdominale; Aran considérait la suppuration en dehors de l'état puerpéral, comme un fait tout à fait exceptionnel. M. Gallard partage son opinion; mais West, dans son ouvrage

(traduct. Mauriac), repousse cette manière de voir et l'admet dans la proportion de 50 p. 0/0 : dans notre observation III, nous avons observé une suppuration très-étendue chez une femme qui n'a jamais conçu.

Chez notre première malade, l'affection s'est manifestée avec un cortége d'accidents généraux très-intense : fièvre, frissons, etc., tandis que chez la seconde c'est graduellement, d'une façon imperceptible, au milieu d'un état de convalescence incomplète, que la lésion locale s'est produite.

La tumeur chez la première malade a été manifeste dès le début, tandis que, chez les deux autres, elle a été méconnue quelque temps.

Ces méprises sur la nature de la maladie sont assez fréquentes par la négligence trop commune de l'examen vaginal et surtout du toucher rectal. Aidé de ces moyens, le diagnostic est des plus simples, si l'investigation est faite avec soin. Il y a quelques jours à peine, j'étais consulté par une jeune femme malade depuis un an ou deux. Elle était très-anémique, avait des pertes blanches, une constipation habituelle, souffrait beaucoup en allant à la selle, rendait souvent du mucus et du sang par l'anus. J'examine l'utérus et ne trouve que quelques ulcérations superficielles du col; l'abdomen est souple, peu sensible. Au pourtour de l'anus, se trouvent des bourrelets hémorrhoïdaux qui me rendent compte des symptômes observés. J'allais la renvoyer sans recueillir d'indications plus précises, lorsque l'idée me vient d'explorer le rectum. Je trouve alors un volumineux abcès rétro-utérin ouvert dans l'intestin et méconnu jusqu'alors. C'était cet abcès qui déterminait ces épreintes douloureuses et ces évacuations de pus et de sang par l'anus.

Les inconvénients mécaniques résultant de la présence de ces tumeurs sont assez souvent la seule source des souffrances. C'est pour y remédier que les malades ont recours aux médecins. Dans l'observation II, la malade depuis plusieurs années souffre cruellement à chaque garde-robe; sent une ardeur et un feu intérieur qui ne laisse aucun repos, et n'est soulagée que par des irrigations prolongées d'eau froide dans le rectum.

Ces abcès ont une marche bien lente, et dans quelques cas des communications fistuleuses permanentes s'établissent entre eux et les organes voisins. Chez notre première malade, il y a cinq ans que le pus se déverse dans le rectum et le vagin. Chez la seconde, il y a neuf ans que la fistule existe du côté du rectum. Il est rare que la ponction de ces tumeurs amène un grand soulagement. Dans le premier cas, pour remédier à la paraplégie, nous essayâmes de vider l'abcès. Mais il ne sortit presque rien; et cependant l'écoulement du pus continua à se faire spontanément par le rectum. C'est qu'il existe un état général d'œdème du tissu cellulaire plutôt qu'une collection purulente bien délimitée, et susceptible d'être évacuée par le trocart; l'épaississement du tissu cellulaire qui persiste est toujours considérable et ne peut disparaître qu'à la longue.

Dans nos trois cas, les abcès ont été rétro-utérins; dans cette position la tumeur pelvienne est toujours bien délimitée et fait en arrière une forte saillie. L'ouverture de ces abcès était très-petite, et le pus ne sortait que peu à peu, mêlé aux matières fécales ou expulsé avant elles.

Le retour graduel et rapide à la santé s'est effectué entièrement chez nos malades, sans avoir d'influence bien sensible sur l'état local; elles étaient, du reste, dans d'excellentes conditions de milieu, vivant à la campagne, respirant un air pur et jouissant d'une certaine aisance. On n'aurait pu leur appliquer les réflexions de M. Gueneau de Mussy (*Arch. de méd.*, 1866):

« A Paris, dit-il, dans cette race épuisée, dans les conditions de puerpéralité qui ont ajouté à la faiblesse originelle, l'inflammation revêt le plus souvent la forme chronique, car dans toutes les maladies à forme inflammatoire la chronicité suppose un substratum constitutionnel. »

Ce substratum constitutionnel, nous l'avons cherché chez nos malades, sans pouvoir le trouver.

Notre première malade, en effet, après avoir échappé aux dangers d'une phlegmasie à marche très-aiguë, après une paralysie qui dure un an, voit sa santé renaître, mène à bonne fin deux grossesses dans l'espace de trois ans, nourrit dans d'excellentes conditions son dernier enfant; cependant son

abcès persiste toujours; il s'ouvre et se ferme alternativement sans influencer autrement l'économie et sans être influencé par elle.

La seconde malade est une femme de la campagne, qui se livre à des travaux pénibles, qui depuis neuf ans a un écoulement fistuleux dans le rectum, entretenu par une volumineuse tumeur rétro-utérine; ce qui ne l'a pas empêchée d'avoir, depuis cette époque, trois enfants robustes et bien portants qu'elle a nourris elle-même.

En présence de ces faits, n'est-il pas permis d'oublier les considérations générales dont nous parlions tout à l'heure, de négliger un peu les questions de tempérament et de diathèses, pour chercher dans les conditions locales la cause de la durée parfois interminable de ces affections?

Les abcès de la marge de l'anus devenus fistuleux ne peuvent guérir spontanément. Les abcès pleuraux réclament les lavages quotidiens à l'eau iodée.

Les abcès péri-utérins réclament, eux aussi, un traitement spécial. Lorsqu'ils n'ont plus de retentissement sur l'économie, lorsque la santé générale est refaite, ils constituent un accident local qui appelle une médication de même nature. Il importe d'autant plus d'éteindre ces restes de foyers, que parfois ils ravivent les premiers symptômes inflammatoires, remettent de nouveau la vie des malades en péril, et sont dans tous les cas pour elle une menace constante.

Pour répondre à cette indication, nous avons, chez notre troisième malade, fait pendant huit mois des injections iodées dans la cavité de l'abcès. Ces injections n'entraînèrent ni inconvénient ni complications d'aucune sorte. Non-seulement elles furent inoffensives, mais encore elles modifièrent heureusement les surfaces malades.

Forcé de les interrompre à la fin, à cause de l'ouverture de la tumeur dans le rectum, l'abcès ne tarda pas à se déterger, les fistules se tarirent, et l'induration elle-même disparut peu à peu. La guérison fut complète et dura cinq ans. Au bout de cinq ans, lorsque, sous l'influence de la machine à coudre, la malade fut reprise des mêmes accidents, ce fut moins une

rechute qu'un abcès nouveau survenant sous l'influence d'une nouvelle cause occasionnelle.

Que penser maintenant de ces grossesses arrivant heureusement à terme, chez des malades portant dans la cavité pelvienne de volumineux abcès? Comment comprendre que l'utérus puisse se développer librement au milieu de cette gangue inflammatoire?

« Quel que soit le point de départ de ces phlegmons, dit West, « le mal n'attaque pas en général la substance d'un organe « aussi solide que l'ovaire. C'est ainsi qu'on peut expliquer « l'intégrité chez ces malades de toutes les fonctions sexuelles, « même quand l'attaque a été très-grave et accompagnée des « symptômes les plus formidables en apparence. »

Cette immunité n'est pas admise par tous les auteurs, et Courty, dans son ouvrage, dit expressément : « L'inflammation « peri-utérine chronique n'est pas un obstacle absolu à la fécon- « dation; mais dans les cas rares où la conception s'est faite, « elle prédispose sans aucun doute aux fausses couches méca- « niquement et physiologiquement. »

Nos observations prouvent, contrairement à cette doctrine, que dans ces conditions la grossesse peut continuer régulièrement son cours. Nous n'avons pas même trouvé de faits aussi concluants que les nôtres parmi ceux qui ont été publiés.

La paraplégie que nous avons cherché à combattre vainement pendant un an, est aussi un phénomène assez rare, qui n'est pas signalé à ce degré dans les divers auteurs. Elle s'explique sans doute par la compression que la tumeur exerçait sur les nerfs qui se distribuent aux membres inférieurs. Mais elle peut encore s'expliquer d'une autre façon, et c'est Graves qui nous donne le secret de ce mécanisme. « En dehors des affections « du cerveau et de la moelle, les impressions qui intéressent un « point des extrémités nerveuses périphériques peuvent se pro- « pager vers les organes centraux, d'où elles sont renvoyées par « action réflexe, sur les nerfs de régions plus ou moins éloignées. « C'est ainsi que la paraplégie se déclare, soit que la cause exci- « tante réside dans les organes urinaires, digestifs, ou dans le « système utérin. »

Cette paraplégie par action réflexe ne semble pas se rapporter au cas qui nous occupe. En effet, la paralysie eût été égale pour les deux membres, tandis qu'elle était surtout marquée à gauche; enfin elle n'eût pas disparu lorsque l'abcès, cessant de faire saillie en arrière, vint s'ouvrir dans le vagin. Elle devait être déterminée par une pression directe de la tumeur sur les nerfs qui communiquent le mouvement et la sensibilité aux membres inférieurs.

C'est au moins l'explication la plus plausible. Telles sont les considérations les plus importantes qui nous paraissent ressortir des observations que nous venons d'analyser.

Le mémoire qu'on vient de lire a été communiqué par son auteur à la Société de médecine de Paris, qui l'a renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Durozier, Aimé Martin et Gallard, *Rapporteur*.

Le rapport de M. Gallard sera publié dans le prochain numéro.

DE L'EMPLOI DU CAUTÈRE ACTUEL

DANS LES MALADIES UTÉRINES.

Par le Dr A. Leblond.

La cautérisation du col de l'utérus par le fer rouge, qui rend aujourd'hui les plus grands services, n'a pris rang dans la thérapeutique des maladies utérines que depuis un petit nombre d'années. A peine indiquée par Celse, dans le traitement des ulcères rebelles qui accompagnent la chute du rectum ou de la matrice, elle fut préconisée à la fin du siècle dernier par Percy, qui en précisa un peu mieux les indications; « Ne pourrait-on pas, dit-il, dans certaines affections malignes et rebelles du vagin et du col de l'utérus, faire usage du feu, soit pour dessécher, soit pour brûler réellement » (1).

(1) Percy. Pyrotechnie chirurgicale ou l'art d'appliquer le feu en chirurgie. Metz, 1794.

Comme on le voit, ces indications étaient bien vagues. C'est à Jobert (de Lamballe), en 1830, que revient véritablement l'honneur d'avoir fait entrer dans la pratique chirurgicale, la cautérisation du col de l'utérus par le cautère actuel.

Depuis lors, le fer rouge n'a cessé d'être employé par un grand nombre de chirurgiens, entre les mains desquels il a rendu d'incontestables services. Nous pensons donc qu'il n'est pas inutile de rappeler, en quelques mots, les indications thérapeutiques de ce précieux agent. Mais avant de faire cette étude, il nous semble nécessaire d'examiner l'action physiologique du cautère actuel, afin de nous rendre un compte plus exact de son action thérapeutique.

Lorsque nous aurons ainsi étudié les cas dans lesquels le cautère actuel doit être employé, nous en rechercherons les contre-indications; puis, nous ferons un examen rapide de la façon dont il doit être employé, des dangers auxquels il expose, et des divers appareils qui sont usités.

Nous aurons surtout en vue, dans cet article, la cautérisation à l'aide d'un fer rougi au feu, nous proposant bien cependant, de ne pas omettre de parler de la cautérisation par le galvano-cautère, ou le cautère à gaz, qui peuvent être employés dans quelques cas, d'une façon très-avantageuse. Nous laisserons complètement de côté l'ablation du col de l'utérus, par l'anse galvano-caustique, ainsi que la cautérisation à l'aide des divers autres agents caustiques, nous réservant de revenir sur cette étude dans un autre travail.

Action physiologique. — L'action du cautère actuel varie, suivant que la cautérisation est profonde ou superficielle. Dans un cas, elle est *destructive*, dans l'autre, elle est surtout *modificatrice*. Ces deux modes d'action différents, trouveront leur application, dans les diverses maladies de l'utérus.

Au premier abord, il semble que l'application d'un fer rouge à la surface du col utérin, doive être très-douloureuse; il n'en est rien cependant, et si les femmes n'étaient pas prévenues de cette application, la cautérisation pourrait être, pour ainsi dire, effectuée à leur insu. C'est à peine si elles éprouvent la sensation d'une légère chaleur s'irradiant dans l'abdomen, ou d'un

liquide chaud qu'on verserait dans le vagin. La seule douleur qu'elles ressentent, est due, ordinairement, à la pression de l'instrument sur le col utérin.

Lorsqu'on porte, sur la surface du museau de tanche, un fer rougi à blanc, il se produit une eschare blanchâtre, plus ou moins profonde, suivant le temps pendant lequel le fer rouge a été maintenu au contact des parties. De plus, il se produit une coagulation du sang dans les vaisseaux à une certaine distance du point qui est mortifié, d'où résulte une diminution dans la vascularisation des tissus. Lorsque l'eschare a une certaine épaisseur, elle met au moins huit à dix jours avant de se détacher, et laisse alors à nu une surface recouverte de bourgeons charnus, qui tend en général vers la cicatrisation, après un nombre de jours variable suivant les sujets et la profondeur de l'eschare. A mesure que la cicatrisation se produit, les tissus se rétractent et expriment les exsudats qui sont contenus dans leur épaisseur; de là, résulte une diminution notable du volume de l'organe. En même temps que le travail d'élimination de la partie modifiée a lieu, il survient des modifications importantes dans la vitalité des tissus.

Une circonstance importante à noter, à la suite des cautérisations même profondes du col de l'utérus, c'est l'absence de tissu cicatriciel; la réparation de la muqueuse se produit même, et après un certain temps, il ne reste plus de traces de la cautérisation. Cette reproduction de la muqueuse est assez évidente, dans le fait suivant rapporté par M. Courty, pour que nous croyions utile de le rappeler. « Il s'agissait, dit M. Courty, d'un renversement complet de la matrice, chronique, irréductible, pour lequel il ne me semblait pas exister d'autre indication que l'ablation ou la destruction de l'organe... les cautères ordinaires me paraissant insuffisants après plusieurs essais, j'en fis faire un autre, composé d'une masse de fer plus considérable, devant constituer un réservoir de chaleur, notablement supérieur à celui de nos plus forts cautères et légèrement excavé à la surface pour se mouler sur la convexité de l'utérus. Je le portai chauffé à blanc sur la muqueuse et je l'y laissai assez de temps pour espérer d'en obtenir

la destruction. Mais, sauf un point très-limité, tout le reste de cette membrane a résisté ou plutôt s'est régénéré, au point de m'obliger après quatorze cautérisations, à renoncer à ce moyen. A mesure que l'eschare se détachait par places, des bourgeons charnus naissaient au-dessous, et après deux ou trois semaines, je retrouvais la surface de l'organe recouverte non d'un tissu cicatriciel, dur et rétractile, mais d'une membrane molle, tomenteuse et rappelant par son aspect la muqueuse utérine » (1).

Cette réparation facile de la muqueuse est importante à signaler, en ce qu'elle n'expose pas à la production de cicatrices vicieuses ou à la réunion du col avec les parois vaginales.

Nous venons de parler de la cautérisation pratiquée avec une certaine énergie; il nous reste maintenant, à nous rendre compte de l'action du cautère actuel, quand l'application du fer rouge à la surface du tissu utérin a été légère et de courte durée. Dans ce second cas, ce n'est pas la destruction d'une portion plus ou moins profonde de ce tissu que l'on recherche, mais, une action simplement modificatrice de la vitalité de l'organe. L'eschare se présente alors sous forme d'une pellicule mince, blanchâtre, elle se détache au bout de trois à quatre jours et laisse à sa place une surface rouge, granuleuse, bourgeonnante, qui se cicatrise ordinairement, après un nombre de jours variable. La cautérisation légère et rapide ne détermine pas, comme dans le cas précédent, la coagulation du sang dans l'intérieur des vaisseaux, elle produit, au contraire, un afflux plus considérable du liquide sanguin, et la production de vaisseaux de nouvelle formation.

Ainsi donc, deux effets différents, suivant que la cautérisation est énergique ou qu'elle est superficielle; dans le premier cas, il y a bien augmentation, dans une certaine mesure, de la vitalité de l'organe, mais c'est surtout la destruction du tissu qui est à noter; dans la cautérisation superficielle, au contraire, les phénomènes de destruction sont insignifiants, et c'est l'augmentation de la vitalité qui prédomine.

Quant à l'action de la cautérisation sur la menstruation, elle

(1) Courty. *Traité pratique des maladies de l'utérus*, 2e éd., p. 281.

est à peu près nulle. Il n'est même pas rare d'observer le retour régulier des règles, chez des femmes qui présentaient auparavant quelque irrégularité de la menstruation, sous l'influence de la lésion qui a nécessité l'emploi du fer rouge.

Bien que l'on ait vu des femmes subir une cautérisation au fer rouge, la veille ou même le matin du jour de l'éruption de leurs règles, sans en éprouver aucun dommage, Jobert (de Lamballe) et les chirurgiens qui l'ont suivi, conseillent néanmoins de ne recourir à la cautérisation du col qu'un certain nombre de jours avant ou après l'éruption des règles.

Indications. — Maintenant que nous connaissons l'action physiologique différente du fer rouge, suivant que son application est profonde ou superficielle, nous devons passer en revue les diverses maladies du col utérin, dans lesquelles cette action différente doit être mise à profit.

Les deux maladies principales dans lesquelles le fer rouge a été employé, sont la métrite chronique et le cancer de l'utérus. Quant aux ulcérations de nature syphilitique, chancres du col ou plaques muqueuses du col, ces maladies, ne nécessitant pas, en général, l'emploi du cautère actuel, ne nous occuperont point ici:

La métrite chronique qui est principalement caractérisée par l'inflammation chronique du parenchyme utérin, s'accompagne le plus souvent d'ulcérations de la muqueuse qui siégent au pourtour de l'orifice du col, dans une étendue variable, et qui même, pénètrent ordinairement dans son intérieur. Ces ulcérations ne s'observent cependant pas toujours, mais elles sont très-communes et s'expliquent facilement par l'adhérence intime de la muqueuse du col au tissu utérin sous-jacent. Il serait, en effet, difficile d'admettre que l'inflammation pût ainsi rester isolée au parenchyme, sans envahir la muqueuse si intimement unie à lui.

La métrite chronique comprend deux périodes parfaitement distinctes. Dans une première période de la maladie que l'on peut désigner sous le nom de période de *ramollissement* ou d'*infiltration*, le col est gros, rougeâtre, mollasse, le plus souvent couvert d'ulcérations dans une étendue variable. Cette

première période est caractérisée au point de vue anatomo-pathologique par une augmentation de vascularité des tissus qui s'infiltrent, en même temps, de sang et de sérosité. Dans la seconde période, que l'on doit désigner sous le nom de période d'*épaississement* ou d'*induration*, l'utérus, toujours augmenté de volume, se présente avec une coloration plus pâle, souvent jaunâtre, le col est induré. Cette seconde période est due à la prolifération exagérée du tissu conjonctif qui est venue, pour ainsi dire, étouffer les vaisseaux de l'organe et produire l'anémie des tissus. Ainsi donc, dans le premier cas, exagération de la vascularité, dans le second, au contraire, diminution considérable du calibre et du nombre des vaisseaux.

La cautérisation, dans l'une et l'autre période, se propose deux buts assez différents. Dans la première, la cautérisation devra être profonde, en vue de produire une destruction notable du tissu utérin, et d'obtenir, lors de la cicatrisation, une rétraction des tissus, capable d'exprimer, pour ainsi dire, les exsudats qui se sont produits dans leur épaisseur.

La cautérisation énergique et profonde des tissus produit dans ces cas d'excellents résultats, mais il est indispensable, le plus souvent, de pratiquer successivement plusieurs cautérisations, à des intervalles d'au moins douze à quinze jours, temps que met souvent l'eschare à se détacher. Il n'est pas rare alors, d'observer un retrait des tissus, tel qu'un col qui à une première cautérisation ne pouvait être embrassé complètement par le spéculum, pénètre ensuite facilement après deux ou trois applications de fer rouge dans la champ de l'instrument. En même temps, les métrorrhagies qui tourmentaient les malades cessent habituellement, les règles se régularisent et les douleurs diminuent notablement.

Dans la seconde période, qui est principalement caractérisée par la diminution de vascularité de l'organe, le fer rouge a pour but, non plus de détruire les tissus, mais d'en réveiller la nutrition en y déterminant un certain afflux sanguin. Aussi, l'application du fer rouge devra-t-elle être légère et rapide. Sous l'influence de cautérisations légères et repétées à des intervalles de temps assez rapprochés et qui peuvent varier entre huit à dix

jours, la vitalité de l'organe est augmentée, sa nutrition se fait mieux, des vaisseaux de nouvelle formation se produisent, et les ulcérations, qui jusqu'alors ne tendaient point vers la guérison, se cicatrisent. La stimulation que l'on obtient alors, peut être comparée à celle qui résulte de l'emploi des douches utérines ou de l'emploi de vésicatoires.

La plupart du temps, la cautérisation est faite sur un col couvert d'ulcérations; il peut se faire cependant que la surface du museau de tanche soit exempte de cette complication, soit à la première, soit à la seconde période. Cette complication a d'ailleurs si peu d'importance, qu'il n'est pas rare de voir ces ulcérations apparaître ou disparaître, sans que pour cela les symptômes principaux de la maladie se soient sensiblement amendés. Aussi, l'absence d'ulcérations n'est point un motif pour rejeter l'emploi du cautère actuel, et l'on devra avoir uniquement égard pour se décider à y recourir, à l'examen des symptômes qui caractérisent l'une ou l'autre des périodes de la maladie.

Lorsque le col de l'utérus est peu augmenté de volume, que les ulcérations sont de peu d'étendue, qu'elles ne sont pas boursouflées, saignantes, l'emploi du fer rouge est de peu d'utilité et il suffit alors de recourir à des applications de liquides caustiques moins énergiques, tels que la teinture d'iode ou la solution de de nitrate d'argent au tiers ou au quart.

Immédiatement à côté de la métrite chronique et des ulcérations qui la compliquent le plus souvent, nous devons mentionner les ulcérations qui se développent dans le cours de la grossesse, et qui ne diffèrent en rien de celles qui accompagnent la métrite chronique; comme elles, elles résultent d'un certain degré d'inflammation chronique de la muqueuse due à la stase sanguine qui se produit sous l'influence de la gêne de la circulation déterminée par la présence du produit de la conception. Certains auteurs, parmi lesquels nous devons citer Bennet, Boys de Loury, Costilhes et Courty pensent qu'on peut employer le fer rouge contre ces ulcérations, sans crainte de déterminer l'avortement. D'autres, au contraire, avec Aran, Gosselin, Richet, admettant que les ulcérations de la grossesse existent chez la plu-

part des femmes et ne déterminent pas d'accidents, veulent qu'on les abandonne à elles-mêmes et qu'on ne dirige contre elles aucun traitement.

Bien que dans beaucoup de cas, la cautérisation au fer rouge n'ait pas déterminé l'avortement et que la grossesse ait pu se continuer sans accidents, je pense, avec un certain nombre d'auteurs, qu'il est préférable alors de ne pas avoir recours au cautère actuel, et qu'il suffit d'employer, le plus souvent, quelques applications de caustiques moins énergiques, tels que la teinture d'iode ou la solution de nitrate d'argent.

Si, cependant, on croyait utile de recourir à cet agent, il est bien entendu qu'on devrait, ainsi que le conseille M. Courty, éviter de faire pénétrer le fer rouge dans la cavité du col, et surtout dans son orifice interne. En tout cas, cette application ne serait pas faite pour les ulcérations légères, que l'on rencontre si souvent dans le cours de la gestation.

J'arrive maintenant à la seconde maladie, contre laquelle le fer rouge a été employé, je veux parler du cancer. Je ne m'étendrai pas très-longuement sur l'emploi de ce moyen dans cette maladie, car il m'a paru bien plus souvent nuisible qu'utile ; si la cautérisation, en effet, n'est pas assez profonde pour détruire toute la partie dégénérée, la stimulation qu'elle produit, active la marche de la maladie et détermine une terminaison fatale dans un espace de temps moindre que si maladie avait été abandonnée à ellle-même. Le cautère actuel ne peut être raisonnablement employé, que si l'altération des tissus est encore superficielle et limitée au col, et, dans ce cas, il faudra faire à plusieurs reprises et à des intervalles de temps peu considérables des applications énergiques du cautère actuel. Mais, même alors, il est préférable d'avoir recours à l'ablation totale du col ou de la tumeur quand elle proémine suffisamment, soit à l'aide de l'anse galvanocaustique, soit à l'aide de l'écraseur linéaire de M. Chassaignac ou du constricteur de M. Maisonneuve.

Si l'altération cancéreuse a dépassé les insertions du vagin sur le col, et à plus forte raison, si les tissus péri-utérins sont déjà envahis par la dégénérescence, il faut renoncer de toute nécessité à l'emploi du fer rouge, à cause des cautérisations trop pro-

fondes qu'il serait alors nécessaires d'effectuer et qui ne manqueraient pas que de déterminer une péritonite, ou au moins une repullulation plus active de la maladie, à cause de l'impossibilité où l'on se trouve d'atteindre les limites extrêmes des tissus dégénérés. La péritonite s'est souvent produite dans la pratique de Jobert (de Lamballe), alors même, que le cautère ne pénétrait pas profondément. Cette extension possible de l'inflammation au péritoine, s'explique aisément, à cause de la grande vascularité des tissus, surtout quand on a affaire à l'encéphaloïde, ou quand la dégénérescence a envahi les tissus au voisinage du péritoine, ou quand les ovaires sont compris dans l'altération. La dégénérescence cancéreuse qui s'est développée au voisinage du péritoine expose aux mêmes dangers que les inflammations franches des tissus péri-utérins, et nous verrons bientôt, que ces complications contre-indiquent formellement, l'emploi du cautère actuel.

Si cependant, on se décidait à y recourir, il ne faudrait le faire, que lorsque la maladie est encore limitée au museau de tanche, et l'on ne devrait pas hésiter à faire des cautérisations profondes et souvent répétées; on doit se sonvenir, dans ces cas, que la cautérisation, produite par le fer rouge, est bien moins profonde qu'on ne le suppose généralement, et qu'il faut des cautérisations nombreuses et très-énergiques, pour obtenir la destruction d'une portion notable de l'organe.

Dans quelques-uns de ces cas, Nélaton a employé le cautère à gaz, dont nous parlerons bientôt, et qui pourrait, selon cet auteur, produire des eschares de 1 à 2 centimètres d'épaisseur.

M. T. Anger (1), qui a employé ce moyen pendant un temps considérable (jusqu'à 30 minutes), a remarqué qu'au bout de 10 à 15 minutes d'application, l'escharification ne faisait plus de progrès, à cause du peu de conductibilité de l'eschare pour la calorique et de l'existence, autour de la partie mortifiée, du courant sanguin, qui la rafraîchit incessamment. Dix à quinze cautérisations, faites à quelques jours de distance, sont alors nécessaires pour obtenir la guérison.

---

(1) T. Anger. Thèse agr., 1869.

Contre-indications. — Après avoir passé en revue les cas dans lesquels le cautère actuel peut être employé, nous devons nous demander, s'il n'existe pas certaines complications qui doivent en contre-indiquer l'usage. De l'avis de tous les auteurs, la principale contre-indication à l'emploi du fer rouge, est l'existence d'une phlegmasie péri-utérine, phlegmon péri-utérin, ovarite, inflammation de la trompe ou du péritoine pelvien. Cette contre-indication est formelle, si l'on ne veut pas s'exposer à des mécomptes sérieux, et même à voir survenir des accidents capables d'entraîner la mort.

Ajoutons, que l'existence d'un certain degré d'acuité de la métrite elle-même, sans être une contre-indication aussi formelle que l'existence d'une inflammation péri-utérine, n'en doit pas moins faire rejeter l'emploi du cautère actuel.

De là, résulte, pour le praticien, l'obligation de se rendre un compte exact du degré d'acuité de la métrite, et d'explorer avec soin les tissus péri-utérins pour voir s'il n'existe pas quelque inflammation, plus ou moins ancienne, et en partie éteinte, soit du tissu cellulaire péri-utérin, soit des ovaires, de la trompe ou du péritoine pelvien, susceptible de se raviver sous l'influence de la cautérisation, et d'entraîner une péritonite aiguë dont on connaît toute la gravité.

Quant à la cystite, qui complique quelquefois les maladies de l'utérus, elle doit rendre très-réservé dans l'application du fer rouge, dans la crainte de déterminer une acuité plus grande de cette maladie.

Manuel opératoire. — Nous examinerons, en terminant ce travail, les divers appareils dont on s'est servi pour obtenir la cautérisation du col, la manière dont on doit les utiliser, les précautions dont on doit s'entourer, pour éviter les dangers qui peuvent être la conséquence de leur emploi.

Le plus souvent, la cautérisation s'obtient à l'aide d'un fer rougi au feu, ou du cautère à gaz de Nélaton, quelquefois à l'aide d'un fil de platine roulé en spirale et qu'on porte au rouge à l'aide d'un courant électrique. M. Bonnafond a eu l'idée de se servir de petits cylindres formés de charbon, mélangé à une certaine quantité de nitrate de potasse ; ils peuvent être utilisés

quand il s'agit de ne produire que des eschares superficielles. Nous ne rappelons que pour mémoire le bâton de cire à cacheter enflammé, conseillé par Scanzoni; il nous paraît tout à fait insuffisant dans presque tous les cas où l'usage du fer rouge est indiqué.

Nous ne donnerons pas une description complète de ces divers appareils, qui sont d'ailleurs assez connus pour qu'il soit inutile d'en préciser les détails.

Le cautère le plus souvent employé, avons-nous dit, est formé d'une tige de fer surmontée d'un renflement de forme variable et terminé, du côté opposé, par un manche de bois qui permet de tenir l'instrument; le renflement des cautères que l'on emploie journellement est olivaire, sphérique, en roseau, quelquefois nummulaire ou en bec d'oiseau. Cette dernière forme est surtout employée lorsqu'on se propose de cautériser la cavité du col de l'utérus; quant aux premiers, leur forme importe peu, et ils peuvent être employés à peu près indistinctement.

Lorsqu'on applique le fer rouge, il faut découvrir le col à l'aide d'un spéculum plein et mauvais conducteur du calorique, tels que les spéculums en bois, en ivoire, et prendre grand soin que le spéculum embrasse exactement le col utérin et ne laisse point interposé, entre lui et le col, quelque repli du vagin qui pourrait être atteint par le fer rouge et amènerait plus tard une cicatrice vicieuse, ou l'inflammation du péritoine situé au voisinage.

Cette précaution d'employer un spéculum plein, mauvais conducteur du calorique, nous paraît indispensable, bien que Becquerel ait pensé que le fer rouge pouvait être dirigé sur le col même, à travers un spéculum plein, métallique; mais alors il est indispensable d'appliquer rapidement le fer rouge afin d'éviter l'échauffement des parois vaginales appliquées directement sur le spéculum. L'emploi du spéculum métallique pourrait, tout au plus, être toléré dans les cas, où il s'agirait d'obtenir une eschare superficielle de la surface du col utérin. Aussi, nous conseillons, dans tous les cas, d'avoir recours à un spéculum mauvais conducteur du calorique.

Lorsque le col est ainsi mis à découvert à l'aide d'un spéculum

plein, mauvais conducteur, il faut tout d'abord absterger la surface à cautériser à l'aide d'un tampon d'ouate tenu à l'extrémité d'une pince à pansement utérin, puis, sans hésitation, porter le fer rouge sur la surface du col et le laisser en contact avec lui, plus ou moins longtemps, suivant le but qu'on se propose. Il est quelquefois nécessaire de porter ainsi, successivement, deux fers rouges sur le col utérin; dans ce cas, il est essentiel, même lorsqu'on se sert d'un spéculum mauvais conducteur du calorique, de faire dans le spéculum, une injection d'eau froide, entre les deux applications successives du cautère.

Dans tous les cas, lorsqu'une cautérisation vient d'être effectuée, il ne faut pas manquer de faire une irrigation d'eau froide avant de retirer le spéculum, dans le but d'empêcher l'accumulation du calorique dans l'épaisseur des tissus.

Lorsque le col est très-gros et très-gorgé de liquides et qu'il est nécessaire d'agir profondément, M. Courty, suivant en cela le conseil d'Huguier, commence par opérer sur le col des scarifications, et, lorsque le sang est abstergé, ou le lendemain, il pratique la cautérisation d'une façon vigoureuse. Lorsqu'il s'agissait de produire ainsi des cautérisations profondes, Jobert (de Lamballe) se servait d'un fer rouge, terminé par une boule volumineuse, et qui remplissait la majeure partie du champ du spéculum.

Quand le col de l'utérus est volumineux et que les lèvres du col sont déjetées en dehors, de manière à constituer la déformation que l'on a décrite sous le nom d'ectropion des lèvres du col, l'introduction dans la cavité de l'organe d'un cautère en bec d'oiseau est nécessaire pour déterminer la rétraction des tissus vers la partie interne de la cavité du col. Nous avons vu la cautérisation, pratiquée dans un cas où cette déformation existait, être suivie bientôt du retour de l'organe à sa forme normale.

Mais, avant de diriger le fer rouge sur la surface du museau de tanche, on doit se demander à quelle température doit être porté le cautère; à cet égard, la plupart des chirurgiens pensent, avec Jobert (de Lamballe), que le fer doit être toujours porté au rouge blanc, et nous ne comprenons pas bien, quelles raisons

engagent M. Scanzoni à se servir d'un fer, dont la température n'est portée qu'au rouge sombre. Le fer rouge dont la température est suffisamment élevée, calcine bien les tissus et n'a pas l'inconvénient de leur adhérer, comme lorsqu'il n'est porté qu'au rouge sombre.

Après le er rouge, je dois citer un appareil qui a été construit par M. Mathieu sur les indications de Nélaton, et que l'on désigne sous le nom de *cautère à gaz*. Cet instrument, dont je ne rappellerai pas ici le mode de construction. permet de projeter, sur le col de l'utérus, un jet de gaz hydrogène, ou mieux, de gaz d'éclairage préalablement enflammés. La cautérisation obtenue, par ce jet de gaz enflammé, produit une eschare blanchâtre, superficielle, à moins que l'on n'ait soin de maintenir assez longtemps le jet de gaz enflammé en contact avec le museau de tanche.

Ce cautère, que nous avons employé à plusieurs reprises, ne nous paraît pas propre à produire des cautérisations bien profondes, mais, en revanche, il est merveilleusement apte pour obtenir, d'une façon uniforme, la cautérisation de toute la surface du museau de tanche. La flamme du cautère à gaz lèche, pour ainsi dire, le tissu sur lequel elle est dirigée. Les cautérisations profondes, au contraire, seront bien mieux obtenues et d'une façon plus rapide à l'aide d'un simple fer rougi. Lorsque l'on emploie cet appareil, il faut avoir soin d'employer un spéculum à double paroi, dans laquelle circule un courant d'eau froide.

Nous ne mentionnerons, que pour mémoire, le galvanocautère, dont l'action est identique à celle du fer rouge. Aussi, nous croyons parfaitement inutile, d'avoir recours à cet instrument compliqué dont le prix est d'ailleurs très-élevé. Il est vrai qu'il a l'avantage de ne pas effrayer les malades et aussi de pouvoir, dans certains cas particuliers, être introduit à froid dans le col et jusque dans la cavité utérine. Dans ce dernier cas, la cautérisation devient une opération véritable, d'ailleurs rare, et qui ne peut plus être comparée à la cautérisation du col, telle que nous l'avons comprise dans cet article. Aussi, le galvano-cautère, bon dans ce cas particulier, ne présente plus aucun avantage sur le fer rouge ordinaire, quand il s'agit d'ef-

fectuer une simple cautérisation, à la surface du museau de tanche, ou dans sa cavité.

Quant aux accidents consécutifs à l'emploi du cautère actuel, quel que soit l'instrument qui ait été mis en usage, ils ne sont guère à redouter, pourvu toutefois, qu'il n'existe aucune complication inflammatoire des tissus péri-utérins et qu'on ait soin de prendre quelques précautions que nous croyons indispensable d'énumérer brièvement.

Après la cautérisation, la malade sera tenue au repos, elle devra demeurer pendant une journée au moins, soit au lit, soit sur une chaise longue. Le praticien devra, autant que possible, pratiquer la cautérisation au domicile des malades et non dans son cabinet. C'est pour avoir négligé ces précautions qu'on a vu des accidents inflammatoires redoutables survenir à la suite de la cautérisation par le fer rouge. Si, malgré cela, il survenait quelques symptômes d'inflammation aiguë, soit du côté du parenchyme utérin, soit du côté des tissus périutérins, on devrait condamner les malades au repos le plus absolu. Il pourrait, dans ces cas, devenir nécessaire de recourir à quelques émissions sanguines locales, à l'emploi d'un grand bain et d'injections émollientes pratiquées, la malade étant au lit dans le décubitus dorsal.

Conclusions. — De l'étude que nous venons de faire, nous pouvons conclure :

1° Que la maladie pour le traitement de laquelle l'emploi du fer rouge est le mieux indiqué, est la *métrite chronique*, et cela, à ses deux périodes, qu'elle s'accompagne ou non d'ulcérations;

2° Que dans la métrite chronique, la cautérisation devra être profonde ou superficielle; profonde dans la première période, ou période de congestion, superficielle dans la seconde, ou période d'anémie;

3° Que dans le cancer, la cautérisation actuelle est rarement utile, et, au contraire, qu'elle peut souvent devenir très-dangereuse;

4° Que l'inflammation aiguë du parenchyme utérin et surtout une *inflammation péri-utérine, contre-indiquent formellement l'usage du fer rouge*, et que la grossesse doit rendre très-réservé dans l'emploi de la cautérisation au fer rouge;

5° Que l'usage du fer rouge est d'une innocuité presque absolue, pourvu toutefois, qu'on ait le soin de suivre ensuite les conseils que nous avons donnés pour son application.

INFECTION PURULENTE,

PAR PHLÉBITE UTÉRINE, DES NOUVELLES ACCOUCHÉES

Observations et réflexions,

Par Maurice Longuet,
Interne des hôpitaux.

Tous les pathologistes et les cliniciens sont d'accord pour constater la grande diversité des accidents auxquels sont exposées les femmes en couches, et chacun reconnaît que, dans la mortalité qui les frappe, des inflammations diverses, comme celles du péritoine, des ligaments larges, des ovaires ou de l'utérus lui-même, entrent pour une grande part; nul ne conteste que ces inflammations puissent compromettre la vie, tant par leur intensité, souvent excessive dès leur début, que par les suppurations abondantes auxquelles elles donnent lieu. Mais où l'accord cesse, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer, si dans ce groupe des accidents puerpéraux, on doit comprendre une fièvre essentielle, une maladie qui, dès son début, serait assez générale pour constituer une affection *totius substantiæ*, ne se distinguant anatomiquement, par aucune lésion matérielle spéciale, et méritant, par conséquent, le nom de *fièvre puerpérale*, de façon à pouvoir figurer, dans les cadres nosologiques, entre la fièvre intermittente et les fièvres éruptives. Les discussions qui ont été soulevées, à l'occasion de ce point spécial de la pathologie gynécologique, ne sont pas encore éteintes; les opinions les plus opposées, et souvent même, les plus diverses ont été mises en avant, et soutenues avec une ardeur sans cesse renouvelée par des auteurs qui, chose digne de remarque, s'appuient tous sur les bases si solides de l'observation clinique, pour étayer leurs théories doctrinales. L'observation est bien, en effet, le moyen le

plus sûr d'arriver à la constatation de la vérité, et il n'est pas douteux qu'elle doit permettre de résoudre un jour, d'une façon définitive, cette question si souvent controversée. Mais ce jour n'est pas encore arrivé, et à l'heure présente, la question, quoique fort éclaircie, n'est cependant pas encore complètement élucidée.

Les auteurs qui se sont occupés spécialement de ce sujet, peuvent, en dépit de quelques divergences que l'on remarquera dans chaque camp, se ranger sous deux bannières; les uns admettent qu'il existe dans ce qu'on appelle « l'état puerpéral », les éléments d'une altération septique toute spéciale, jouissant d'un mode, d'un « génie » tout différent de celui de la septicémie chirurgicale; les autres dénient, au contraire, à cet état particulier toute nocivité spéciale et assimilent la plaie utérine, qui résulte de l'accouchement, à un simple traumatisme. La différence est nettement tranchée; car, pour les premiers, la femme en couches aura encore, sinon des maladies, au moins une maladie qui n'appartiendra qu'à elle, qui ne pourra pas se développer autrement que par le fait de la puerpéralité; tandis que pour les autres, cette même femme en couches ne sera passible que des affections auxquelles peuvent être exposés tous les autres individus appartenant à l'espèce humaine, qui ont subi un grand traumatisme, sans acception ni d'âge ni de sexe. La seule particularité dont il doit être tenu compte, suivant les partisans de cette opinion, c'est que la femme en couches se trouvant, *à ce moment de son existence*, sous le coup d'une influence déprimante démontrée par l'état de chlorose, qui est physiologique à la fin de la grossesse, elle est devenue, par conséquent, moins apte à résister aux conséquences fâcheuses du traumatisme qu'elle vient de subir, et aux accidents divers qui peuvent en être la suite.

Il ne saurait entrer dans ma pensée de prendre une part active dans cette discussion, ni surtout dans l'examen de toutes les questions qu'elle comporte; mais, puisque les contradicteurs ont la prétention de s'appuyer sur des faits d'observation et sur l'examen des lésions anatomiques constatées à l'autopsie de femmes mortes d'accidents puerpuéraux, j'ai pensé qu'il ne doit

pas être sans un certain intérêt de faire connaître avec quelques détails tous les faits qui se rattachent à cet état. C'est pourquoi, sans prendre parti pour l'une ou l'autre théorie, sans vouloir surtout pénétrer au vif de la discussion, nous nous bornerons à fournir une arme à l'un ou l'autre combattant.

Voici un fait qui s'est présenté, au commencement de cette année, dans le service de notre maître, M. Gallard, à l'hôpital de la Pitié; fait qui mérite d'attirer l'attention des observateurs et des anatomo-pathologistes, au double point de vue des difficultés du diagnostic auquel il donne lieu et des particularités intéressantes, offertes à l'examen des lésions trouvées *post mortem*.

Une jeune femme, âgée de 22 ans, entre dans la salle du Rosaire, le 3 janvier 1874; elle raconte que, le 18 décembre dernier, elle est accouchée pour la première fois, à l'hôpital des Cliniques, d'un enfant à terme de grosseur moyenne; la grossesse avait suivi une marche régulière, l'accouchement s'est fait naturellement en deux heures, sans douleurs violentes, sans accidents. La nouvelle accouchée est sortie au bout de huit jours. A peine rentrée chez elle, elle fut saisie par le froid, et aussitôt ressentit un malaise assez intense, accompagné de frissons répétés, en même temps que ses deux articulations tibio-tarsiennes devenaient le siége d'un gonflement douloureux prononcé : elle mit ces accidents légers sur le compte de la fièvre de lait et se purgea. Mais les jours suivants, loin de s'amender, son état empira, la fièvre s'alluma, du délire survint; on fut obligé de la transporter à l'hôpital.

Au moment où on l'examine (5 heures du soir), la malade présente une gêne notable de la respiration; son facies grippé exprime l'anxiété et la souffrance, ses yeux sont brillants, ses lèvres tremblantes; les mots sont exprimés difficilement; tout le visage est rouge, baigné de sueurs; la peau du reste du corps est humide et très-chaude.

Elle se plaint d'une céphalalgie violente, d'un point de côté très-pénible dans la portion droite et inférieure de la poitrine et d'une douleur très-vive au niveau de la face dorsale des deux mains, qui sont le siége d'une tuméfaction rouge, chaude, nette-

ment fluctuante, limitée à l'étendue des gaînes des muscles extenseurs correspondant au deuxième et troisième métacarpiens. Les articulations sont parfaitement libres.

A la percussion de la poitrine, on trouve, en arrière et à droite, un peu de submatité s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, à gauche, de la sonorité normale. Dans les points correspondant à la matité, les vibrations thoraciques sont peut-être légèrement diminuées et l'auscultation révèle une faiblesse très-sensible du murmure vésiculaire : rien de particulier au sommet et dans toute l'étendue du poumon gauche. L'auscultation de la toux et de la voix ne présente rien de notable.

Toux sèche, un peu quinteuse.

Le crachoir contient deux ou trois crachats spumeux, rouges, formés par du sang presque pur.

Rien du côté des organes centraux de la circulation, si ce n'est un léger bruit de souffle anémique au premier temps et à la base; le pouls est petit, ondulant, rapide; il bat 130 fois par minute.

L'abdomen, examiné attentivement et dans tous les sens, ne présente aucune particularité digne d'attirer l'attention. Il n'a jamais été et n'est actuellement le siége d'aucune espèce de douleur spontanée ou provoquée; la pression sur l'utérus et ses annexes est absolument indolente; pas de ballonnement, pas de rétraction non plus; souplesse remarquable.

La malade ne se plaint pas de constipation ni de diarrhée, mais elle a perdu complètement l'appétit ; la soif est très-vive, impossible à éteindre.

L'écoulement lochial a disparu le jour même de sa sortie de l'hôpital des Cliniques ; depuis, il n'y a eu ni hémorrhagie, ni leucorrhée.

Interrogée sur son état de santé habituelle, elle dit n'avoir jamais eu de maladie ; sa mère est morte de la poitrine, son père, ses frères et sœurs sont bien portants.

Température axillaire, 38°,6.

A sa visite du 4 janvier, M. Gallard constate que l'état de la malade est bien le même que celui qu'on avait noté la veille,

mais, il insiste encore plus attentivement sur l'examen des organes abdominaux, sans toutefois découvrir absolument rien de particulier à ce point de vue.

Il est nécessaire de noter, avec soin, le résultat complètement négatif de cet examen, car nous aurons à y revenir un peu plus loin.

La température était à 38°,8, le pouls battait 130 fois par minute.

En présence d'un tel cortége de symptômes, le diagnostic était évidemment fort difficile. Les signes constatés pouvaient se reporter à quelques états fébriles assez divers. Avait-on affaire, dans ce cas, à une phthisie galopante, à une forme thoracique de la fièvre typhoïde, à une endocardite ulcéreuse à forme typhoïde, à une attaque violente de rhumatisme viscéral, à une infection purulente? Toutes ces maladies devaient entrer en ligne de compte, car un certain nombre de phénomènes observés pouvaient se rattacher à chacun d'elles.

M. Gallard démontra à ses élèves, — dans une des conférences qu'il a l'habitude de faire chaque jour au lit même du malade, et qu'il n'y a pas lieu de reproduire ici dans tous ses détails, — combien ce fait présentait d'anomalies et d'obscurités, et il finit par se rattacher à l'idée d'une infection purulente qui se traduisait à la fois et par l'intensité du mouvement fébrile, et par la présence d'abcès en voie de formation aux poignets, et par la pleurésie, que la concomitance des deux signes précédents devait faire considérer comme purulente. Quant à la cause de cette toxémie, elle ne pouvait être recherchée que dans une lésion profonde des organes génitaux internes, à laquelle on ne pouvait songer qu'en se rappelant cette circonstance d'un accouchement, car elle ne se révélait par aucune manifestation symptomatique spéciale. Cette absence des symptômes qui, du côté de l'abdomen et des organes génitaux, se produisent habituellement dans le cours des accidents puerpéraux, devait commander la réserve; aussi le diagnostic, tout étant indiqué comme il vient d'être dit, ne fut-il pas nettement formulé dès ce premier jour, M. Gallard se réservant encore de le rectifier ou de le confirmer suivant ce que lui apprendrait la marche ultérieure de la maladie.

Le traitement fut institué dans le but de modifier l'état général, en même temps que l'on s'adressait directement à l'une des manifestations anatomiques les plus évidentes de la maladie, celle qui existait du côté de la plèvre; il fut donc prescrit:

	Tisane sucrée.	2	pots ;
Potion avec :	Julep gommeux. . . .	150	grammes ;
	Eau-de-vie	30	—
	Alcoolature d'aconit .	3	—

à prendre par cuillerées à bouche toutes les heures.

Large vésicatoire camphré sur le côté droit de la poitrine. — Bouillons.

Le 6. — On constate que les accidents généraux ne se sont amendés en aucune façon; la fièvre est très-intense, le pouls bat 134 fois par minute; la malade est dans un état de prostration pénible, elle délire un peu; ses mains sont agitées comme ses lèvres d'un tremblement continuel; le corps est baigné de sueurs; la température axillaire arrive à 40° ; on note 45 respirations par minute, la soif est extrêmement pénible, et malgré cela, les phénomènes locaux du côté de la poitrine sont bien modifiés; la submâtité a disparu, la respiration s'entend, comme à l'état normal, tout aussi bien à droite qu'à gauche.

M. Gallard pose alors nettement le diagnostic *infection purulente*, qu'il rattache à l'état puerpéral, et continue le traitement en conséquence, tout en portant un pronostic très-fâcheux.

Le soir du même jour, et dans le courant de la journée suivante, les phénomènes généraux prennent un degré d'intensité de plus en plus grave; un véritable délire loquace survient. En même temps, on remarque que la matité a reparu à droite, elle est absolue dans toute l'étendue de la poitrine en arrière et à droite; le murmure vésiculaire est remplacé de ce côté par une respiration lointaine, rude et soufflante: à gauche, on perçoit partout des râles crépitants. La fréquence des battements du cœur rend absolument impossible l'auscultation de cet organe. Nausées fréquentes sans vomissement. Rien du côté du ventre. Légère épistaxis.

La malade meurt le 8 janvier à sept heures du matin.

Si cette observation présente quelque intérêt au point de vue de l'obscurité des symptômes de la difficulté du diagnostic, de la marche rapide de la maladie et du dénouement fatal, nous allons voir maintenant combien plus intéressante encore a été la constatation des lésions trouvées à l'examen nécroscopique.

Je passerai rapidement sur l'état des organes cardio-pulmonaires et nerveux, pour m'arrêter plus spécialement sur l'état des organes abdominaux et en particulier de l'utérus.

L'autopsie a été pratiquée le 9 janvier, vingt-six heures après la mort.

La rougeur constatée sur la face dorsale des mains pendant la vie a disparu, mais le gonflement a persisté; à droite, une incision faite à ce niveau donne issue à une certaine quantité de pus crémeux, épais, mêlé à des débris de tissu fibreux. Cette lésion ressemble beaucoup à ce qu'on observe dans le cas de phlegmons superficiels graves, accompagnés de mortifications partielles du tissu cellulaire sous-cutané; à gauche, la gaîne des tendons homologues ne contient pas de pus, mais la séreuse est dépolie sous l'influence d'une inflammation récente, facile à reconnaître.

Les articulations tibio-tarsiennes droite et gauche sont absolument saines.

A l'ouverture de la cavité pleurale du côté droit, où, quelques jours avant, on avait perçu de la matité et une altération des bruits pulmonaires, il s'écoule une notable quantité d'un liquide sanglant. La plèvre, dans toute son étendue, excepté dans sa moitié supérieure et antérieure sur un espace d'environ 1 décimètre carré, est tapissée d'une couche épaisse de fausses membranes jaunâtres, transparentes par places, comme gélatineuses en d'autres points, manifestement formées par de la fibrine coagulée renfermant dans ses mailles des leucocytes en quantité considérable.

Les deux poumons sont manifestement atteints ; le droit offre cette particularité remarquable qu'il ne s'affaisse pas, même lorsqu'il est extrait de la cage thoracique, tandis que le gauche subit la rétraction normale.

La surface du lobe inférieur du poumon droit, débarrassée des

fausses membranes qui s'y trouvent accolées, présente, en avant, un réseau assez net de vaisseaux lymphatiques volumineux, blanchâtres, qui paraissent remplis de pus; quelques points de la plèvre viscérale sont soulevés par une suffusion purulente étendue en nappe. A la coupe, le parenchyme pulmonaire offre une surface marbrée, parsemée de foyers purulents entourés d'une petite zone de tissu franchement congestionné. Les bronches sont remplies d'un mucus grisâtre, purulent, qui s'écoule par la pression. Des fragments de poumon, pris en différents points de sa masse, surnagent quand on les jette dans un vase plein d'eau, quelle que soit la densité des fragments perçue par le toucher.

On remarque, à la surface du poumon gauche en arrière, une série de petites ecchymoses sous-pleurales qui siégent aussi, en assez grande quantité, sur la face diaphragmatique. Dans le lobe inférieur, on trouve quelques noyaux durs de congestion pulmonaire. Le lobe supérieur est sain.

Pas de tubercules en aucun point des deux poumons.

La cavité du péricarde contient une petite quantité de liquide citrin et un caillot fibrineux.

Les valvules du cœur gauche sont saines; la valve antérieure de l'orifice tricuspide présente sur son bord libre un point épaissi de la grosseur d'une lentille. Le trou de Botal est largement ouvert.

Après l'ouverture de la boîte crânienne, on trouve un peu de sérosité sous la dure-mère et une sorte d'infiltration jaunâtre de l'arachnoïde. Les veines cérébrales sont turgescentes. A la coupe, la substance du cerveau est remarquablement ferme ; le lobe droit est le siége d'un piqueté rouge assez intense. Pas de liquide dans le ventricule.

Le péritoine et les intestins sont absolument sains.

Le foie est très-volumineux, sa couleur est rouge foncé. Pas trace d'abcès dans l'épaisseur de son parenchyme.

La rate a doublé de volume et présente un peu de ramollissement de son tissu. Les reins sont augmentés de volume et congestionnés.

Jusqu'ici rien que de très-ordinaire, de très-classique; l'abcès

contenu dans la gaine des tendons extenseurs à la main droite, le dépolissement des synoviales homologues du côté gauche, l'infiltration jaunâtre de l'arachnoïde, la congestion cérébrale et principalement l'inflammation aiguë de la plèvre et du poumon suffisent, en effet, pour expliquer la mort et même la rapidité de la mort ; de plus, l'ensemble de ces lésions anatomo-pathologiques cadre bien avec le diagnostic d'infection purulente, porté par M. Gallard au deuxième jour qui a suivi l'entrée de la malade dans son service ; mais la lésion primitive, celle qui a donné naissance à l'infection purulente, nous ne l'avons pas encore trouvée. Nous y arrivons : car nous avons encore à examiner l'utérus, et si nous ne perdons pas de vue que nous avons eu affaire à une femme alitée au neuvième jour et morte au vingt-troisième jour après un accouchement (très-normal du reste), c'est dans les organes génitaux internes que nous devons chercher, je pourrais presque dire trouver, cette lésion primordiale.

L'utérus mesure 12 centimètres de hauteur, il est aplati : son tissu est friable et ramolli ; sa face interne muqueuse, de couleur violacée, est rugueuse, comme chagrinée. A la surface d'une coupe pratiquée sur la paroi antérieure et dans le sens de la plus grande longueur, les sinus utérins sont encore très-développés ; un certain nombre d'entre eux contiennent de petits caillots durs, ratatinés, munis de prolongements multiples, de couleur blanc-rougeâtre, dont l'existence paraît remonter à plusieurs jours et qui sont très-manifestement dus à une interruption déjà lointaine du cours du sang.

Sous la muqueuse utérine incisée en beaucoup de points, on trouve deux ou trois petits foyers purulents très-limités, dont le plus volumineux ne dépasse pas les dimensions d'une lentille, et dont la cavité renferme un peu de pus jaune, crémeux, bien lié, sans grumeaux ni détritus.

Le couteau étant ensuite porté en dehors de l'utérus, au niveau de ses bords latéraux, on pratique deux sections, l'une à droite, l'autre à gauche, sur la portion la plus interne des ligaments larges, aux points précis où les vaisseaux sont réunis pour former le plexus utéro-ovarien ; on aperçoit alors sur la

coupe quelques petits points jaunâtres tranchant par leur couleur sur un fond gris rosé, et, si l'on exerce une pression près de ces points, on voit qu'ils sont constitués par une matière un peu épaisse, caséeuse, qui n'est autre chose que du pus concret. Les parois de la cavité contenant ce pus sont tout simplement les parois de petites veines contribuant à la formation du plexus utérin.

Voilà trouvée la lésion que nous cherchions. Il n'en faut pas davantage pour expliquer l'infection purulente et le cortége symptomatique par lequel cette terrible maladie se manifeste, car tout le monde admet aujourd'hui qu'il suffit de constater nettement la présence d'un peu de pus dans les veines (ou des lymphatiques), pour pouvoir dire : il y a infection purulente.

Je crois cette observation assez intéressante, par elle-même d'abord, et aussi au point de vue du débat que j'ai rappelé au commencement de cet article, et je pourrais la terminer ici sans commentaires ni réflexions, mais je tiens à y ajouter quelques lignes pour dire un mot sur un ou deux points s'y rattachant et qui sont bien dignes de fixer l'attention des médecins qui se livrent à l'étude de la pathologie spéciale à la femme.

En France, avant et surtout depuis l'année 1858, époque à laquelle a été portée devant l'Académie de médecine, la question de « *la fièvre dite puerpérale*, » pour me servir d'une expression de notre cher maître, M. le professeur Béhier, un grand nombre d'auteurs ont décrit, par la parole et par la plume, la lésion primordiale (pus dans les veines ou dans les lymphatiques des organes génitaux internes) que l'on doit trouver à l'examen nécroscopique des femmes mortes d'infection purulente à la suite d'un accouchement ; en prenant au hasard, je pourrais citer des noms, Tonnellé, Cruveilhier, Cazeaux, Béhier, Gallard, Lucas-Championnière, D'Espine, — et cependant quelques médecins persistent à dire que les accidents auxquels succombent tant de femmes dans l'état de puerpéralité peuvent se produire en l'absence de toute lésion matérielle appréciable, même de celle que nous venons de citer chez le sujet de notre observation. S'il en est ainsi, ne serait-ce pas parce que, dans les cas considérés comme négatifs, les altérations anatomiques n'ont probablement

pas été cherchées dans les points précis où elles doivent être toujours trouvées ?

Souvent, en effet, on peut sectionner par tranches aussi minces que possible tout un utérus, dans les conditions où nous nous plaçons, sans trouver la moindre trace de pus; c'est que, souvent, la matière septique n'existe pas dans le tissu utérin lui-même ; pour la découvrir, il suffit d'ouvrir les vaisseaux veineux du plexus utéro-ovarien ou les vaisseaux lymphatiques des organes génitaux internes, pour constater à l'œil nu que ces vaisseaux sont remplis de pus. C'est ce qu'à vu M. Gallard, et ce qui l'a laissé si sceptique à l'endroit des prétendues fièvres puerpérales qui donneraient la mort sans que l'anatomie pathologique pût expliquer comment cette mort se serait produite. Et les faits suivants qu'il a rapportés dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux, au commencement de l'année 1870, sont bien de nature à justifier son scepticisme.

« Je sais bien, disait-il (1), que l'on a cité des observations de cette prétendue fièvre puerpérale, dans lesquelles les recherches nécroscopiques les plus minutieuses n'auraient permis de constater à l'autopsie aucune lésion anatomique capable d'expliquer la mort. Mais, je sais aussi ce qu'il faut penser de ces autopsies; M. Tarnier, qui s'y connaît, n'a jamais pu constater lui-même cette absence de lésion, et, pour en produire des exemples, il a dû se borner à rapporter dans sa thèse des faits qui lui ont été communiqués par d'autres observateurs. L'un de ces observateurs était notre camarade d'internat, M. Moysant, je le priai de me faire assister à une de ces autopsies extraordinaires, et il s'y prêta de fort bonne grâce; car, suivant lui, elles étaient communes dans le service auquel il était attaché. Un jour donc, je fus prévenu par lui, et devant moi il examina tous les organes d'une femme morte de suites de couches, en me faisant remarquer notamment que l'utérus, incisé en différents sens. ne contenait pas une seule goutte de pus. Cette constatation

---

(1) Voir *Bull. de la Soc. méd. des hôp.* et *Union méd.*

une fois faite, et après avoir bien établi que *cette autopsie était en tous points semblable à celles dont il avait donné la relation* à M. Tarnier, je repris les organes génitaux, qui avaient été jugés sains, et, en quelques coups de scapel, je découvris, à la base des ligaments larges, au niveau de la réunion du col avec le corps de l'utérus, deux veines remplies de pus.

« La même démonstration a été faite, il y a peu de temps, par un de mes élèves, dans le serviçes de M. Virchow, en pré sence, non pas du maître, mais d'un de ses chefs de clinique les plus autorisés, et il a été démontré, par l'ouverture d'une veine remplie de pus, qu'une prétendue fièvre puerpérale n'était autre chose qu'une infection purulente, due à une phlébite utérine.»

Comme conclusion de ce qui précède, je ne crains pas de répéter : chaque fois qu'une femme meurt en présentant les symptômes de l'infection purulente, dans un temps plus ou moins éloigné de son accouchement, il faudra chercher le point de départ des accidents mortels dans les veines ou les lymphatiques des organes génitaux internes; et pour cela, on devra pratiquer une section verticale de haut en bas sur les parties internes des ligaments larges, intéressant même la portion du vagin insérée sur le col, un peu en dehors et le long des bords latéraux de l'utérus. L'instrument tranchant divise ainsi en travers tous les vaisseaux utéro-ovariens, et on pourra, par une simple pression, faire sortir de leur cavité le pus qui y est contenu.

Tout en insistant sur ce mode d'exploration et d'examen, je ne veux certainement pas dire qu'il soit absolument indispensable. Quelquefois, en effet, on peut voir à l'œil nu, sous le péritoine qui tapisse l'une ou l'autre face de l'utérus, ou bien encore, entre les feuillets des ligaments larges, des cordons ou des saillies jaunâtres, que l'on reconnaît au premier abord comme étant des vaisseaux lymphatiques remplis de matière purulente; d'autres fois, en incisant le tissu utérin, le couteau tombe d'emblée dans un foyer purulent, et alors la lésion est tellement évidente que l'on peut ne pas pousser l'investigation plus loin ;

malgré cela, la section que j'indique et qui, du reste, est connue et pratiquée depuis longtemps, n'est jamais inutile.

Les cas, par exemple, dans lesquels son utilité est manifeste, les cas dans lesquels je dirais presque qu'elle est de rigueur, sont ceux où ni l'utérus, ni le vagin, ni les ovaires ne sont le siége de lésions appréciables et cadrant avec l'ordre d'idées qui m'occupe.

Ici, maintenant, pourrait se placer naturellement toute une série de questions, à propos même de l'observation rapportée plus haut.

1° Ces lésions, trouvées à l'autopsie des femmes mortes après l'accouchement, se traduisent-elles par des symptômes qui permettent d'en faire le diagnostic certain?

2° Ces lésions et par conséquent les suites malheureuses qui en découlent sont-elles fréquentes?

3° Les veines sont-elles plus souvent que les lymphatiques, ou réciproquement, les lymphatiques sont-ils plus souvent que les veines, le point de départ de la septicémie?

4° Peut-on, pendant la vie, différencier la phlébite et la lymphangite utérine?

Il me faudrait beaucoup plus de temps et d'espace que je n'en ai à ma disposition pour répondre d'une manière complète à ces questions; en les indiquant, j'ai voulu seulement montrer quel immense intérêt présente l'étude des accidents puerpéraux.

Je résume donc, en quelques mots, les particularités les plus saillantes de cette observation.

Une jeune femme est prise, neuf jours après un accouchement qui s'est passé très-régulièrement et dont les suites directes paraissaient devoir être fort simples, de malaise, de frissons, de perte d'appétit, d'un peu de céphalalgie, tous phénomènes si légers qu'elle se contente de se purger, mettant tout cela sur le compte *de la fièvre de lait*, sans y faire plus grande attention.

Mais, au lieu de s'améliorer ou même de rester stationnaire, son état de malaise augmente, une fièvre vive survient, accompagnée de délire, qui l'oblige à se faire transporter à l'hôpital.

On constate une pleurésie au début et une inflammation assez

prononcée des gaînes des tendons extenseurs à la face dorsale des deux mains, acccidents dont la *tournure*, si je puis m'exprimer ainsi, doit se rattacher à une maladie générale quelconque, vu l'intensité même des phénomènes généraux observés ; mais on ne trouve rien du côté du cœur, *absolument rien* du côté des organes génitaux internes, malgré l'insistance mise à l'examen.

M. Gallard conclut, après un moment d'hésitation, à l'infection purulente, fondant principalement son diagnostic sur ce que cette femme était accouchée récemment, et il prend soin de bien faire remarquer cette particularité assez extraordinaire, qui consiste en l'absence de toute manifestation abdominale.

La malade meurt, et l'autopsie donne la confirmation précise et indéniable du diagnostic infection purulente. Quelques-unes des veines du plexus utéro-ovarien contiennent du pus, en très-petite quantité cependant; car pour le mettre à découvert, il a fallu vouloir absolument en trouver.

Il est facile dès lors d'expliquer pourquoi, pendant la vie, l'exploration des organes génitaux internes avait abouti à un résultat absolument négatif. C'est que la phlébite était si peu considérable qu'elle n'avait pas retenti directement sur l'utérus et ses annexes. Notre malade n'avait pas présenté trace de péritonite pendant la vie, ni après la mort, et il est actuellement connu que le péritoine est, dans la majorité des cas, pour ne pas dire toujours, le siége d'une inflammation facile à reconnaître quand les lymphatiques utérins eux-mêmes sont le siége d'une inflammation assez intense pour amener la dilatation de leur calibre, par le pus. La connaissance de ce fait sert de base fondamentale à l'établissement du diagnostic différentiel de la phlébite et de la lymphangite utérines.

Dans l'espèce, nous n'avions pas affaire à une lymphangite, et la phlébite était si légère, que tout en étant d'une évidence incontestable à l'autopsie, elle ne s'est traduite pendant la vie par aucun symptôme appréciable, avant d'avoir déterminé l'infection purulente à laquelle a succombé la malade.

ECLAMPSIE

TRAITÉE PAR LE CHLORAL ET L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ A HUIT MOIS ET DEMI DE GROSSESSE.

Par le Dr A. Charrier,
Ancien chef de la clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.

La dame X..., âgée de 23 ans, vint me consulter le 2 août 1873 pour savoir si elle était enceinte: les règles avaient été supprimées à partir de février, la dernière époque datait du 2 janvier 1873, et avait été semblable, et comme durée, et comme quantité de sang perdu, à toutes les époques ordinaires. On pouvait donc faire remonter la grossesse au mois de janvier. Cette dame assez grande, blonde, le cou assez volumineux, prétend qu'elle n'a jamais senti remuer son enfant, et elle craint d'avoir une tumeur dans le ventre. J'interroge cette dame sur sa santé antérieure et sur celle de ses ascendants. J'apprends qu'elle est sujette, à l'époque de ses règles ou quelque temps auparavant, à des attaques de nerfs qui consistent dans des mouvements convulsifs, avec perte de la parole, elle entend tout ce qui se dit autour d'elle, mais elle ne peut pas sortir *volontairement* de cette crise qui se termine toujours par des sanglots. Elle sent venir ces crises un ou deux jours à l'avance, elle devient triste, perd l'appétit, quelquefois elle est prise de toux convulsive, surtout quand elle a une violente douleur dans le côté gauche du ventre, elle a des *suffocations*, des *resserrements* à la gorge, et quelquefois une vive douleur entre les deux épaules. Sa mère, qui vit encore, a, suivant son expression, la tête exaltée, et son père a succombé il y a deux ans à une affection cérébrale. Nous avions donc affaire, dans le cas présent, à une hystérie bien caractérisée et de plus, héréditaire.

Au point de vue de la grossesse, voici ce que je constatai : le ventre est développé comme à sept mois de grossesse, on sent par la palpation l'utérus à deux travers de doigts au-dessus de l'ombilic; par le toucher vaginal on perçoit la sensation d'une

tête mobile, coiffée du segment inférieur de l'utérus; à l'auscultation on entend les battements du cœur très-distincts à gauche et en bas. Le doute n'est pas possible; de plus, on peut voir à l'œil nu les mouvements actifs du fœtus, et on peut aussi les sentir à la main. On s'explique difficilement que cette jeune femme ne perçoive pas les mouvements de l'enfant, l'utérus serait-il frappé d'anesthésie? ce symptôme si fréquent, dans l'hystérie, dans d'autres régions du corps; c'est la seule explication plausible. Quand j'appelle l'attention de la malade sur ces bosses passagères que l'utérus produit, par sa contraction, sous l'influence des mouvements actifs du fœtus et qu'elle peut constater, soit par la vue, soit par le toucher, elle me répond *qu'elle les sent bien à la main, mais qu'elle ne les sent pas en dedans.*

J'avais, pour pratiquer l'examen, fait coucher cette dame sur une chaise longue, au lieu de se lever, l'opération finie, elle s'y endormit; la personne qui l'accompagnait, me dit alors que tous les jours, depuis quelque temps, Madame X... avait le sommeil lourd, qu'elle s'endormait souvent et que pendant son sommeil elle ronflait. Je regardai alors les jambes et les pieds, ils étaient légèrement enflés. Je réveillai avec quelque peine cette dame, et lui demandai si elle ne ressentait pas une douleur au creux de l'estomac, elle me répondit affirmativement, depuis à peu près une semaine; de plus, qu'elle était plusieurs fois prise, dans la journée, d'envies irrésistibles de dormir. Les antécédents d'hérédité, la somnolence, la douleur épigastrique, l'œdème des extrémités me firent penser tout de suite à une éclampsie prochaine. Le lendemain je me rendis chez la malade, j'examinai les urines et je les trouvai albumineuses.

J'instituai le traitement suivant : *purgations salines (2 verres d'eau de Pullna) tous les deux jours, boissons alcalines (eau de Saint-Galmier, vin de quinquina, et dragées ferrugineuses, quelques grands bains de courte durée, frais.* Au bout de quinze jours de cette médication, tous les symptômes alarmants avaient disparu.

Je priai cette dame de me prévenir aussitôt qu'elle ressentirait le moindre malaise et de continuer le traitement; un mois s'écoula. Le 18 septembre 1873, à cinq heures du matin, on me pria d'aller auprès de cette dame, qui, au dire de la personne

qui venait me chercher, avait ses attaques. Je m'y rendis aussitôt et j'assistai à la deuxième attaque, qui était une véritable attaque d'éclampsie : convulsions des globes oculaires, mouvements saccadés de la tête de gauche à droite, grimaces, respiration soufflante, spume sanguinolente, la langue ayant été mordue; convulsions toniques, puis cloniques, enfin stertor... l'attaque dura deux minutes, montre en main, la malade ne recouvra sa connaissance qu'un grand quart d'heure après la fin de l'attaque; mais l'intelligence était voilée et la parole embarrassée. Au toucher, je trouve encore un peu de col, mais l'orifice externe est large comme une pièce de deux francs, mou.

Il n'y avait pas de douleurs, on sentait la tête toujours en première position. J'appris alors que quinze jours après la visite qu'elle m'avait faite, dès que le mieux s'était accentué, cette dame avait cessé tout traitement; que, depuis huit jours, elle avait recommencé à souffrir de l'épigastre et à dormir fréquemment et qu'elle avait toujours refusé de reprendre la médication qui lui avait si bien réussi.

J'étais donc en face d'une éclamptique à huit mois et demi de grossesse, sans commencement de travail; après la première attaque, l'intelligence avait reparu presque aussitôt, après la deuxième qui avait été plus forte, plus longue, au dire des personnes qui les avaient vues toutes les deux, le retour de la connaissance avait été plus lent, plus pénible, l'intelligence était obscurcie et la parole embarrassée. Il était probable, en tenant compte des antécédents héréditaires, de l'hystérie confirmée de la malade, de la progression menaçante des attaques, que nous allions avoir affaire à une éclampsie grave. Quelle conduite devais-je tenir? Devais-je avoir recours à la saignée? Malgré les assertions de plusieurs accoucheurs éminents, tous les cas que j'avais vus à la Maternité, traités par la méthode antiphlogistique, s'étaient terminés par la mort; j'aimais mieux ne rien faire, employer la méthode expectante. Recourir au chloroforme? Il a donne de bons résultats, mais il a eu aussi des revers. On parlait beaucoup du chloral, ce nouvel agent qui supprimait la douleur, je l'avais vu admirablement réussir dans un cas de colique néphrétique. Je résolus de l'employer si de nouvelles attaques sur-

venaient, et comme le col était mou et dilatable, je me proposai de provoquer le travail par l'introduction de dilatateurs en caoutchouc vulcanisé comme dans l'accouchement prématuré artificiel. A huit heures dix minutes du matin, troisième attaque de deux minutes de durée comme la deuxième.

Le stertor est plus prolongé, l'intelligence est supprimée, la sensibilité presque abolie. Aussitôt, j'envoyai chercher deux lavements. Dans chacun 4 grammes de chloral pour 100 grammes d'eau. Et voici comment je procédai, les battements du cœur s'entendaient distinctement, mais les mouvements du fœtus s'étaient ralentis, puis avaient été désordonnés, le fœtus était donc en souffrance. Je donnai alors un grand lavement pour débarrasser l'intestin, et aussitôt après, j'administrai moi-même très-lentement le lavement additionné de 4 grammes de chloral; au bout d'un quart heure le sommeil, de stertoreux qu'il était, devint calme.

J'introduisis une petite vessie de caoutchouc distendue par de l'eau tiède jusqu'au-dessus de l'orifice interne.

A dix heures, légère attaque qui dure une minute et demie. Nouveau lavement avec 4 grammes de chloral à dix heures trois quarts, la petite vessie tombe, j'en introduis une plus grosse, le col est dilaté comme une pièce de cinq francs, mais n'est pas encore effacé. A midi et demi, la vessie tombe dans le vagin; je la retire et je trouve l'orifice dilaté, le col entièrement effacé et les contractions utérines manifestes; pendant la contraction on sent la poche des eaux qui s'engage dans l'orifice.

A deux heures dix minutes, légère attaque qui consiste seulement dans quelques contractions musculaires de la face, pas de convulsions, pas de stertor. Je donne alors seulement 2 grammes de chloral en lavement. L'orifice est souple, et large, je romps la poche des eaux. Le liquide amniotique tient en suspension du méconium non dilué, ce qui prouve qu'il n'a pas été rendu depuis bien longtemps.

J'applique alors le forceps très-facilement et j'extrais un enfant pâle, respirant, mais difficilement, les membres sont flasques, dans la résolution. Je le ranime par tous les moyens usités en pareil cas. Titillation des narines avec une barbe de plume

trempée dans de l'éther, frictions éthérées, flagellation, projection d'eau froide au visage et au creux épigastrique. Ce ne fut qu'au bout d'une demi-heure que l'enfant respira complètement, régulièrement.

Vingt minutes après l'accouchement, je délivrai la femme qui dormait d'un sommeil calme, le pouls était à 96 pulsations, la peau moite, sudorale. A quatre heures, la malade se réveilla, regarda autour d'elle; elle ne se rappelait rien de ce qui s'était passé; la parole était inintelligible; à six heures, elle demanda à boire.

Elle n'eut plus aucune attaque, le dégorgement qui suit l'accouchement fut normal, physiologique, et les suites de couches heureuses; elle allaita son enfant, qui, le deuxième jour de sa naissance, eut 3 attaques convulsives éclamptiformes. Je lui donnai 4 petites cuillerées à café de sirop de chloral, une de trois heures en trois heures; elles ne revinrent plus.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. D'abord l'influence de l'hérédité névropathique.

Une mère essentiellement nerveuse, presque maniaque, se marie à un homme qui succombe à une affection cérébrale; de ce mariage naît une fille hystérique dans sa jeunesse, éclamptique à la fin de la grossesse.

C'est un fait de plus qui vient confirmer l'influence des parents névropathiques sur leurs enfants qui sont atteints de névrose protéiforme.

Ensuite l'action heureuse du chloral en lavement, qui a d'abord éloigné les attaques, puis qui les a supprimées. Tous les accoucheurs savent que la douleur est généralement la cause d'attaques d'éclampsie qui se reproduisent au moment où la tête franchit l'orifice utérin, au moment où elle franchit l'orifice vulvaire, et à l'instant de la délivrance. Rien de tout cela n'est arrivé. Là se pose une question. Est-ce à l'anesthésie utérine dépendant de l'hystérie ou à l'action du chloral que l'on doit cette absence d'attaques aux moments critiques? Aux deux peut-être. Enfin l'accouchement prématuré, artificiel, par la dilatation du col d'abord, de l'orifice ensuite par les vessies de caoutchouc dilatées par de l'eau tiède.

La dilatation de la vessie par l'eau tiède est bien plus efficace que celle qui est produite par l'air, la première est bien plus douce et se rapproche beaucoup plus des procédés que la nature emploie, c'est-à-dire de la dilatation opérée par la poche des eaux.

Est-ce à dire que tous les cas d'éclampsie traités de la sorte auront le même résultat heureux et que l'on a enfin mis la main sur un spécifique de l'éclampsie, loin de moi une pareille pensée !

Il faudrait une série de succès pour affirmer la méthode, mais je crois fermement que le procédé de provocation du travail par la vessie de caoutchouc, comme Tarnier et Barnes le font pour l'accouchement prématuré artificiel dans les cas de distocie, est d'une excellente pratique dans l'éclampsie. On a bien vanté l'accouchement forcé,—il me semble qu'il n'y a pas de comparaison à établir, que l'accouchement forcé doit être rejeté, et l'accouchement prématuré artificiel doit être tenté chaque fois que la vie de la femme est en danger, qu'il y a urgence à débarrasser l'utérus du fœtus et de ses annexes, c'est-à-dire chaque fois que l'accoucheur, sous peine de voir périr la malade, ne peut pas rester dans l'expectation.

Une dernière réflexion. — La malade ne sentait pas remuer l'enfant, il y avait anesthésie de l'utérus, et, ne serait-ce pas aller trop loin, que d'attribuer au chloral la suppression de la douleur? En tout cas, il a manifestement éloigné les attaques qui tendaient à reparaître et qu'une nouvelle dose de chloral empêchait de se produire.

Enfin, l'innocuité du médicament, donné à la dose de 10 grammes dans l'espace de 6 heures, à la mère; et à la dose de 4 petites cuillerées à café données à l'enfant en 12 heures.

J'ai revu, il y a quinze jours, au commencement de janvier 1874, la mère et l'enfant, ils sont en parfaite santé. Seulement, et ceci est fréquent, ce n'était que depuis une semaine à peu près que notre malade avait recouvré la plénitude de sa mémoire; *elle semble*, ce sont ses expressions, *sortir d'un long rêve*.

Une méthode n'a de valeur que lorsqu'elle s'appuie sur une

longue série de faits heureux; le traitement de l'éclampsie est souvent si peu efficace que l'on est en droit de tout essayer dans l'espoir d'arriver à mieux; que les accoucheurs essayent ces deux moyens réunis : l'administration du chloral à hautes doses, et la provocation de l'accouchement par la dilatation progressive, et nous saurons bientôt quel espoir on peut raisonnablement fonder sur ce traitement qui m'a donné un double succès; il est une considération au reste qui doit les encourager dans cette voie nouvelle, c'est qu'ils sont toujours sûrs d'avoir au moins autant de succès, ou mieux, pas plus d'insuccès, que par toutes les méthodes préconisées jusqu'à ce jour.

REVUE GÉNERALE.

LES MALADIES PUERPÉRALES ET LES CAUSES DE LA MORTALITÉ DES FEMMES EN COUCHES.

Indépendamment des TRAVAUX ORIGINAUX auxquels, on vient de le voir, nous avons donné une si large place dans ce numéro, un Recueil périodique, comme celui-ci, doit contenir nécessairement un exposé ou une analyse de tout ce qui se publie ailleurs sur le sujet spécial dont il s'occupe. C'est ce que nous nous proposons de faire très-régulièrement. Nous donnerons donc, toutes les fois qu'il y aura lieu, une REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES, qui résumera toutes les communications afférentes tant à la pathologie qu'à la physiologie de la femme, faites aux Académies et aux Sociétés savantes, de Paris ou des départements, toutes les fois que ces communications nous seront connues en temps utile. Celles qui nous auront échappé, à ce premier moment, se retrouveront, du reste, après leur publication dans les actes de ces Sociétés, et nous les comprendrons alors dans une REVUE BIBLIOGRAPHIQUE consacrée à l'analyse et à la critique de toutes les publications françaises étrangères

qui contiendront soit un travail nouveau, soit l'observation d'un fait, soit même le simple exposé d'une opinion susceptible d'intéresser nos lecteurs.

Ces deux REVUES, dont nous commençons aujourd'hui la publication, doivent être écrites, en quelque sorte, en courant, au jour le jour, et à mesure que les faits se produisent. On ne peut donc s'attendre à ce qu'elles contiennent une appréciation complète des observations ou des doctrines nouvelles; car, pour donner une semblable appréciation, il faut avoir le temps de grouper les faits, de les étudier, de les comparer, pour rapprocher ceux qui concordent entre eux et faire ressortir les oppositions de ceux qui diffèrent. Un tel travail ne peut être entrepris à la hâte, et cependant il ne doit pas être négligé; aussi nous avons pensé que la discussion et la critique, qui ne sauraient trouver une place suffisante dans nos deux REVUES *des Sociétés savantes* et de *Bibliographie*, pourraient être traitées avec plus de maturité et, par conséquent, d'une façon plus utile à tous les égards dans une série d'articles spéciaux. Ce sont ces articles d'ensemble, renfermant une appréciation des faits nouvellement introduits dans la science, avec la discussion et la critique de ces faits, pour en tirer les enseignements qui s'en peuvent déduire, et marquer, à mesure qu'il se produira, l'étendue du progrès accompli, que nous publions sous le titre de : REVUE GÉNÉRALE.

Au contraire donc, des rédacteurs de la *Revue des sociétés savantes* et de la *Revue bibliographique*,—qui devront se borner à une sorte d'inventaire et de catalogue raisonné des travaux nouveaux, présentés devant les Sociétés savantes ou publiés par la voie de la Presse,—les rédacteurs des articles de REVUE GÉNÉRALE devront reunir les faits, les classer méthodiquement, les comparer, et tirer de leur étude attentive et réfléchie les conclusions théoriques et les déductions pratiques qui en doivent ressortir.

Le prochain numéro contiendra la première partie d'une série d'études conçues dans l'esprit qui vient d'être indiqué, et dans lesquelles notre Rédacteur en chef se propose de faire passer successivement, sous les yeux du lecteur, l'examen de chacune

des diverses questions qui ont été agitées pendant l'année 1873. Il s'efforcera surtout de bien préciser quelles sont celles de ces questions qui ont reçu une solution définitive, quelles sont celles, au contraire, qui réclament de nouvelles recherches et de nouvelles études.

N'ayant pas, aujourd'hui, par devers nous les éléments nécessaires pour résoudre une de ces questions émouvantes qui ont le privilége de passionner les médecins et aussi le public, toutes les fois qu'elles viennent à s'agiter, nous devrons viser un but plus modeste et nous contenter de chercher à la bien poser. Si nous y réussissons, nous ne croirons pas avoir perdu notre temps, car rien n'importe plus à la solution de ces questions ardues et délicates que la façon dont elles sont posées. Ce que nous nous proposons, c'est de déterminer, s'il est possible, la nature des maladies auxquelles succombent les nouvelles accouchées, et de préciser les conditions hygiéniques et pathologiques qui, dans certaines circonstances, font peser, sur ces malheureuses femmes, une si effrayante mortalité.

Dans l'article qu'il vient de consacrer à cet intéressant sujet, M. Longuet rappelle (1) que deux opinions restent encore en présence, en ce qui concerne la nature même des maladies des femmes en couches. Les uns, ne voyant dans le fait même de l'accouchement qu'un accident, une sorte de traumatisme, cherchent la raison des maladies qui se développent alors dans les conditions ordinaires de la pathogénie et prétendent l'y avoir rencontrée. Les autres, inhabiles à faire rentrer tous les faits observés dans ces cas sous les lois ordinaires de la pathologie, s'imaginent qu'il y a pour les nouvelles accouchées une maladie toute spéciale, qui n'appartient qu'à elles, qui ne peut se développer dans aucune autre circonstance, et à cette maladie ils ont donné le nom de fièvre puerpérale.

On pourrait nous accuser de passion et de partialité si nous voulions essayer de résumer nous-même toutes les discussions qui se sont faites autour de ce mot, dont la dernière et la plus

(1) Voyez p. 40 de ce numéro.

mémorable a été soulevée en 1858 par M. Guérard devant l'Académie de médecine, et si surtout nous entreprenions de faire voir quel terrain perd chaque jour la doctrine de l'essentialité. C'est pourquoi nous ne croyons pouvoir mieux faire que d'emprunter à l'important ouvrage de M. Hervieux (1) un exposé aussi saisissant que fidèle de l'historique de la question depuis près d'un siècle, alors que l'essentialité de la fièvre puerpérale était admise par Astruc, Cooper, Leoke, White, Manning, Tissot, etc.

« Il semble que, à cette époque, tout le monde fût d'accord sur l'existence de la fièvre puerpérale, en tant que maladie spécifique. On ne discutait plus que sur sa nature putride, bilieuse, etc.

« Toutes les épidémies observées alors portent le cachet de cette croyance. On peut s'en assurer en consultant les relations d'épidémies puerpérales observées par Young en 1773, à l'infirmerie générale d'Edimbourg, par John Klarke en 1787, à l'hôpital des femmes en couches, par Allan Laffisse, et Sédillot père en 1789, en France, etc.

« Toutefois quelques protestations s'étaient déjà élevées contre l'existence de la fièvre puerpérale en tant que maladie spécifique, protestations parmi lesquelles il faut enregistrer celles de Kirkland en 1774, de Tode et 1777, de Guarin en 1781, d'Emerius en 1782, de Gaulmin Desgranges en 1783, de Vogel et de Bosquillon en 1785, de Burserius de Kanilfeld en 1786, de Grimaud en 1789, de Stoll en 1791.

« En dépit de cette opposition naissante, l'hypothèse de la fièvre puerpérale, qui avait déjà poussé de vigoureuses racines en France et de l'autre côté du détroit, acquit une très-grande popularité dans les principaux centres scientifiques et régna presque en souveraine jusqu'en 1858. La question ayant été portée, à cette époque, devant l'Académie de médecine par l'initiative de M. Guérard, il se produisit parmi les membres de ce corps une telle divergence d'opinions que, malgré les élo-

---

(1) Hervieux. Traité clinique et pratique des maladies puerpérales suites de couches. Paris, 1872.

quents plaidoyers de MM. Paul Dubois, Danyau, Depaul, la cause de la fièvre puerpérale ne put triompher. Depuis ce moment, elle n'a cessé de perdre du terrain dans l'esprit des médecins, et on peut la considérer aujourd'hui comme très-sérieusement compromise.

« Toutefois, comme le nom est resté, et comme il est journellement employé, même par ceux qui n'acceptent pas la chose, je ne puis me dispenser de discuter, avec tous les développements qu'elle comporte, la question suivante :

« *Existe-t-il une fièvre puerpérale?*

« A cette question, toujours neuve, toujours actuelle, toujours pendante, à cette question qui n'apparaît encore aujourd'hui aux médecins que pleine de confusions et d'obscurités, je n'hésite pas à répondre :

« *Non, il n'existe pas de fièvre puerpérale*, dans le sens qu'on attache ordinairement à ce mot, et j'ajoute ceci : l'admission de cette séduisante et commode hypothèse, c'est le chaos, c'est le retour à l'enfance de l'art, c'est la négation de toute science diagnostique, l'obstacle à tout progrès thérapeutique, en ce qui concerne les maladies puerpérales.

« A l'époque où l'anatomie pathologique ne nous avait pas révélé les lésions, aussi graves que nombreuses, qu'on peut rencontrer à l'autopsie des femmes en couches, à l'époque où l'on ne savait pas démêler les groupes de symptômes qui correspondent à tel ou tel ordre de lésions cadavériques, il se conçoit que des praticiens distingués aient rattaché à une seule et même maladie, inconnue dans son essence, les groupes de symptômes les plus divers, et se soient contentés d'assigner à cette maladie certaines formes particulières et distinctes; mais, en présence des résultats si précis que nous fournit l'examen nécroscopique, en face de la relation si claire, si évidente, que nous sommes à même de constater chaque jour entre ces prétendues formes de fièvre puerpérale et tel ou tel ordre d'altérations cadavériques, je m'émerveille que cette thèse vermoulue de la fièvre puerpérale ait trouvé des orateurs éminents pour la défendre, et *rencontre encore des esprits assez naïfs* pour l'accepter. »

Tout en mettant ainsi de côté cette prétendue entité morbide, et tout en reconnaissant que les maladies puerpérales sont multiples, l'auteur dont nous venons de citer les opinions si tranchées, revient par un détour, non-seulement à la spécialité, mais même à la spécificité de ces maladies, puisqu'il les considère, quelles que soient leurs variétés de formes, comme dépendant uniquement et exclusivement de l'imprégnation de l'organisme par un poison dénommé par lui *« poison puerpéral. »*

L'existence de ce poison spécial peut-elle se démontrer? et, alors même qu'elle serait établie sur des bases indiscutables, la question se présenterait-elle sous un nouvel aspect? il est permis d'en douter si l'on veut bien se reporter au point de départ de la discussion.

Cette discussion roule, en effet, tout entière sur ce seul mot : existe-t-il une maladie spéciale aux nouvelles accouchées? Oui, répondent les partisans de la fièvre puerpérale. Non, disent leurs adversaires, et ils se fondent sur ce que les femmes en couches sont sujettes à des affections très-variées, qui se produisent aussi bien et de la même façon à la suite de tous les grands traumatismes.

Mais alors comment agirait le poison? S'il est vrai, comme le dit M. Hervieux, que la doctrine de « l'empoisonnement puerpéral » soit « fille de la doctrine de la pluralité des affections puerpérales, on ne pourrait expliquer son action qu'en admettant une identité complète de nature et d'effets entre ce poison puerpéral et un poison analogue qui affecterait de la même façon les blessés dans les salles de chirurgie.

S'il en était ainsi,—et les opinions professées par M. Verneuil ne tendraient à rien moins qu'à le faire admettre,—la spécificité du poison puerpéral n'existerait pas, et la femme en couches se trouverait rentrer absolument dans les conditions ordinaires des individus ayant subi un grand traumatisme. C'est ce que M. D'Espine a exprimé d'une façon très-catégorique et très-nette dans le passage suivant (1) :

« Depuis que les recherches anatomo-pathologiques ont mar-

(1) D'Espine. Contribution à l'histoire de la septicémie puerpérale, 1873.

ché de pair avec une observation clinique plus rigoureuse et plus importante, on a été obligé de reconnaître que la puerpéralité n'est pas régie par des influences dues à des lois spéciales, et que les conditions anatomiques particulières du traumatisme utérin et les modifications imprimées à l'organisme par la gestation peuvent donner un cachet particulier au processus pathologique; néanmoins il n'y a pas de différence d'essence de nature entre les fièvres puerpérales et les fièvres chirurgicales, elles sont sœurs; les découvertes faites dans l'un de ces domaines s'appliquent du même coup à l'autre, de sorte que, si l'on parvient à résoudre la question de l'intoxication purulente, de l'érysipèle, de la pourriture d'hôpital, en un mot de tous les empoisonnements auxquels sont exposés les blessés, on aura résolu en même temps les problèmes que soulève l'étude des fièvres puerpérales. »

On ne saurait mieux dire, et nous sommes heureux d'enregistrer cette déclaration qui montre combien est grand le terrain perdu par la doctrine de l'essentialité de la fièvre puerpérale, au profit de celle que nous avons toujours défendue, de l'identité des accidents puerpéraux et des accidents qui s'observent chez les blessés des salles de chirurgie, toute réserve faite relativement à l'essence même de la cause qui préside au développement de ces accidents communs.

Toutefois, et après avoir fait cette constatation au profit d'une doctrine en faveur de laquelle nous avons publié le fait apporté par M. Longuet, nous nous empressons de déclarer que nous ne voulons pas être exclusifs, et que les *Annales de Gynécologie* tiendront à honneur d'insérer les travaux sérieux qui pourront nous être adressés pour défendre la doctrine adverse, car la discussion doit rester ouverte à toutes les opinions.

Ce n'est pas seulement à un point de vue purement doctrinal que la question des maladies des femmes en couches a été agitée. Les médecins se sont aussi inquiétés, et l'Administration avec eux, des mesures à prendre pour diminuer la mortalité qui sévit sur les nouvelles accouchées. Les mesures conseillées se sont, tout naturellement, ressenties de l'influence des doctrines médicales prédominantes, de telle sorte que les uns ont conseillé

l'isolement et les autres, la dissémination des femmes malades d'accidents puerpéraux. Après avoir fait, à grand frais et d'une façon tout à fait infructueuse l'essai du premier moyen, l'Administration paraît s'être enfin décidée à préférer le second, qui, dans le service dirigé par M. Empis, à la Pitié, a donné pendant plusieurs années d'excellents résultats confirmés par ceux que nous avons obtenus nous-mêmes et à Lariboisière et à la Pitié. Seulement, avant de s'arrêter à une résolution définitive, l'Administration a tenu, et on ne saurait l'en blâmer, à se rendre un compte exact des résultats obtenus à la suite des différents essais qu'elle a cru devoir tenter. C'est pourquoi, elle a fait dresser des tableaux statistiques comprenant d'une part le relevé des accouchements qui ont eu lieu à la Maternité depuis 1802 jusqu'à nos jours, et de l'autre les relevés comparatifs des accouchements qui se sont faits tant à la Maternité que dans les divers hôpitaux de Paris, mis en regard de ceux qui se font, soit chez des sages-femmes désignées à cet effet, soit au domicile des indigents secourus par les bureaux de bienfaisance.

Voici en quels termes cette publication a été annoncée par M. Blondel, directeur de l'Assistance publique.

« L'Administration de l'Assistance publique de Paris se pré-
« occupe, depuis longtemps, des influences épidémiques qui se
« développent accidentellement dans ceux de ses services spé-
« cialement consacrés aux femmes en couches. Mais, tout en
« s'aidant des conseils du Corps médical, elle n'a pu jusqu'ici
« que réaliser des améliorations, dont le résultat incomplet est
« loin de répondre à ses espérances. C'est pour elle un motif de
« plus de continuer ses recherches, et, aujourd'hui, elle s'ef-
« force notamment de multiplier, autant que possible, les accou-
« chements à domicile, soit en secourant les femmes qui peu-
« vent accoucher dans leur demeure, soit même en plaçant
« chez des sages-femmes, celles qu'on craindrait de recevoir
« dans les Maternités, alors que des épidémies de fièvre puer-
« pérale y sont à redouter.

« L'Administration a pensé que, pour apprécier les consé-
« quences de ces diverses mesures, il était important de consta-

« ter très-exactement les faits, et, dans ce but, elle croit devoir « publier :

« 1° Une statistique des services de la Maison d'accouche- « ment depuis l'année 1802 jusqu'à nos jours;

« 2° Le mouvement de toutes les Maternités en activité à « Paris pendant l'année 1872;

« 3° A partir de janvier 1873, un bulletin mensuel des Ac- « couchements et des Décès constatés dans les différents ser- « vices relevant directement ou indirectement de l'Administra- « tion.

« Ces documents seront tenus à la disposition des membres « du Corps médical et des principaux journaux de médecine « qui seraient disposés à les reproduire.

Le Directeur de l'Administration générale
de l'Assistance publique,
Signé BLONDEL. »

Profitant de l'offre gracieuse énoncée au dernier paragraphe de cette circulaire, nous donnerons dans chacun de nos numéros le tableau relatif au mouvement des accouchements pendant le mois précédent; mais il nous a paru intéressant et utile, pour ceux qui voudraient étudier spécialement ce sujet, de présenter d'abord le relevé général des accouchements effectués à la Maternité de Paris de 1802 à 1872, puis celui de tous les services d'accouchements dépendant de l'Assistance publique, pendant les deux années 1872 et 1873.

On remarquera que ces trois tableaux reproduits sur les pages suivantes ne sont pas conçus d'une façon identique. Ainsi, tandis que le premier classe les décès des nouvelles accouchées sous ces deux titres de chapitres : 1° *affections puerpérales bien constatées ;* 2° *affections puerpérales douteuses ;* les suivants n'ont plus que ces deux rubriques : 1° *fièvres puerpérales;* 2° *autres causes.* Nous ne songerions pas à nous en émouvoir si, dans la pratique, on ne faisait pas entre les *fièvres puerpérales* et les *autres causes* une distinction plus souvent subtile que réelle.

Résumé des décès chez les femmes accouchées à la Maternité de Paris depuis 1802 jusqu'en 1872.

	NOMBRE des accouchements.	DÉCÈS.			PROPORTION DES DÉCÈS sur 100 accouchements.			NOMBRE d'accouchements pour 1 décès.
		Affections puerpérales bien constatées.	Affections puerpérales douteuses.	TOTAL.	Affections puerpérales bien constatées.	Affections puerpérales douteuses.	Mortalité générale.	
Période de 1802 à 1811	19.405	»	»	790	»	»	4.07	24.56
— 1812 à 1821	24.191	»	»	1.131	»	»	4.68	21.39
— 1822 à 1831	26.636	1.012	433	1.445	3.80	1.62	5.42	18.43
— 1832 à 1841	29.139	558	399	957	1.91	1.37	3.28	30.45
— 1842 à 1851	33.309	1.295	220	1.515	3.89	».66	4.55	21.99
— 1852 à 1861	23.418	998	520	1.518	4.26	2.22	6.48	15.43
— 1862 à 1871	13.127	683	459	1.142	5.20	3.50	8.70	11.49
Année 1872..........	1.131	32	7	39	2.83	».61	3.44	29.07
TOTAL GÉNÉRAL...	170.356	4.578	2.038	8.537	(1) 3.61	(1) 1.61	5.01	19.94

(1) Pour ces deux proportions, nous ne pouvons les établir que sur le chiffre de 126,760 accouchements, c'est-à-dire sur le chiffre total de 170,356 diminué des accouchements relatifs aux deux premières périodes, pour lesquelles les décès correspondants sont réunis en bloc, au lieu d'être répartis en deux catégories.

Mouvement de tous les services d'accouchement en activité à Paris pendant l'année 1873.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS.			MORTALITÉ 0/0		
		Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL.	Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL.
Hotel Dieu...........	709	19	14	33	2.68	1.97	4.65
Pitié................	459	9	1	10	1.96	0.22	2.18
Charité..............	275	19	8	27	6.91	2.91	9.82
Saint-Antoine.........	415	14	7	21	3.37	1.69	5.06
Necker.............	218	31	11	42	14.22	5.05	19.27
Cochin...............	487	43	4	47	8.83	0.82	9.65
Beaujon..............	430	24	3	27	5.58	0.70	6.28
Lariboisière..........	887	40	»	40	4.51	»	4.51
Saint-Louis...........	855	11	10	21	1.29	1.17	2.46
Lourcine.............	38	»	3	3	»	7.89	7.89
Cliniques.............	576	36	11	47	6.25	1.91	8.16
TOTAL...............	5349	246	72	318	4.60	1.35	5.95
Maison d'accouchement	1131	32	7	39	2.83	0.61	3.44
TOTAL GÉNÉRAL.......	6480	278	79	357	4.29	1.22	5.31

Mouvement de tous les services d'accouchement en activité à Paris pendant l'année 1873.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des Accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS. Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ 0/0. Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL.	Décès de femmes non accouchées à l'hôpital.
Hôtel-Dieu	394	18	17	35	4.57	4.31	8.88	16
Pitié.	429	4	5	9	0.93	1.16	2.09	3
Charité........	376	5	7	12	1.33	1.86	3.19	3
Saint-Antoine..	411	27	»	27	6.56	»	6.56	15
Necker.	163	14	2	16	8.58	1.23	9.81	11
Cochin	724	5	2	7	0.69	0.27	0.96	1
Beaujon.	343	9	1	10	2.62	0.29	2.91	4
Lariboisière ..	915	31	9	40	3.38	0.99	4.37	7
Saint-Louis....	922	13	9	22	1.40	0.98	2.38	10
Lourcine	42	1	»	1	2.38	»	2.38	»
Cliniques	612	25	28	53	4.08	4.57	8.65	2
TOTAL.........	5.331	152	80	232	2.85	1.50	4.35	72
Mson d'Accouchement.	1.393	10	17	27	0.72	1.21	1.93	»
TOTAL GÉNÉRAL	6.726	162	97	259	2.41	1.44	3.85	72

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	Accouchements.	Décès.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de Bienfaisance.	11.026	33	0.29
Accouchements des femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages femmes de la ville..........................	1.784	17	0.95

Si M. Bouillaud, si M. Béhier, si M. Luys, si M. Hervieux, si d'autres qui comme nous se refusent à admettre l'existence de la fièvre puerpérale, persistaient à n'inscrire aucun décès dans la ligne consacrée à cette maladie, on pourrait critiquer leur obstination, mais on ne saurait les blâmer de n'avoir que des décès dus aux « autres causes. » —A cela ils auraient le droit de répondre qu'on a eu peut-être tort de remplacer la dénomination ancienne « d'affections puerpérales » par celle de « fièvre puerpérale, » mais ce qui a lieu d'étonner, c'est que les décès par *autres causes* soient si fréquents à la Clinique qu'ils constituent, en 1872, près d'un quart (11 sur 47), en 1873 près de la moitié (23 sur 53) des décès survenus à la suite de l'accouchement. Quelles peuvent donc être ces *autres causes*? Serait-ce l'éclampsie? Mais on sait combien elle est rare. Les maladies aiguës ou chroniques? — La pneumonie, la fièvre typhoïde, le choléra lui-même? — Par exception les autres maladies font bien périr quelques femmes en très-petit nombre, et les bulletins mensuels ont soin d'indiquer les décès qui doivent leur être attribués. La principale de ces causes, autres que la fièvre puerpérale, qui, à l'hôpital des Cliniques rentrent pour une si forte part dans la mortalité, c'est, qui le pourrait croire, l'infection purulente (5 décès sur 7 en décembre 1873).

Voilà donc l'infection purulente qui se différencie de la fièvre puerpérale, dont elle avait paru n'être jusqu'à présent, que l'un des éléments constituants. Mais à quels signes et comment parvient-on à la différencier cliniquement? Il serait à désirer que l'on voulût bien nous initier à toutes les délicatesses d'un diagnostic aussi savant.

En attendant, nous nous demandons de quelle maladie peuvent bien mourir les nouvelles accouchées sur ce terrain classique de la fièvre puerpérale, qui s'appelle l'hôpital des Cliniques, quand elles succombent dans l'effroyable proportion de 1 sur 9, comme au mois de décembre 1873, où il y a eu 6 décès sur 53 accouchements (soit 11,32 p. 0/0).—Si nous posons cette question qui peut paraître indiscrète, c'est que l'Administration, ne pouvant reproduire que ce qu'on lui donne, ne paraît pas avoir les éléments nécessaires pour la résoudre, car après

avoir dit qu'il n'y a eu aucun décès par fièvre puerpérale, elle a soin d'ajouter pour dégager sa responsabilité : *d'après la déclaration du chef de service.*

Cette déclaration extraordinaire nous démontre une chose, c'est qu'on a eu tort de diviser en deux colonnes séparées les causes de décès des nouvelles accouchées et que le mieux à faire, pour quiconque songe à étudier sérieusement cette question sur les tableaux dressés par l'Administration de l'assistance publique, c'est de ne tenir nul compte de cette division et de ne considérer comme sérieux que les totaux, dont personne n'a le pouvoir d'altérer la sincérité. De ces totaux il sera, du reste, toujours facile de défalquer les maladies réellement étrangères à la puerpéralité, car elles sont généralement indiquées à la colonne des observations.

T. GALLARD.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Sur l'emploi de la galvanocaustie dans les opérations chirurgicales.

Depuis que l'ablation des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques par la gastrotomie est entrée dans la pratique de la chirurgie, il n'est pas inutile de rechercher, si la section des tissus ne pourrait pas être opérée à l'aide d'un instrument exposant moins que le bistouri à la suppuration du péritoine.

Les expériences de Legros et Onimus *Sur l'emploi de la galvanocaustie dans les opérations chirurgicales* semblent, en partie du moins, appelées à éclairer la question.

« Plusieurs chirurgiens, disent-ils, ont déjà indiqué que les eschares galvano-caustiques enfoncées dans la cavité péritonéale sont susceptibles de se résorber sans suppuration. L'innocuité de ces eschares a été démontrée par plusieurs expériences.

Mais dans celles-ci, les opérations qui ont été faites avec le galvanocautère auraient pu, à la rigueur, être faites avec succès par les instruments tranchants. Pour mieux démontrer les avantages de la galvanocaustie, nous avons déterminé des lésions intra-péritonéales avec le galvanocautère, lésions habituellement mortelles avec d'autres procédés,

« Nous avons ainsi, sur des rats et sur des chiens, après avoir ouvert l'abdomen, enlevé une portion du foie au moyen du couteau galvanocaustique. En procédant lentement, nous n'avons eu aucune hémorrhagie, et les animaux se sont complètement remis de ces opérations.

« A l'autopsie faite sur ces animaux, sacrifiés trois semaines après l'opération, on trouve, chez un rat, auquel on avait enlevé une portion notable du lobe du foie, et qui n'a jamais eu de symptôme ictérique, le foie absolument sain, et, dans la partie sectionnée, de nombreuses et fortes adhérences avec l'estomac et une portion de l'intestin.

« Chez un chien, on trouve à l'autopsie le péritoine sain, le foie est libre de toute adhérence avec la plaie extérieure. Au niveau de la section du lobe, il existe des brides assez longues allant du foie au côlon transverse, au côlon et à l'estomac. Les bords de la section sont légèrement recroquevillés, et le lobe se termine par une surface obtuse, communiquant avec les néo-membranes. Celles-ci sont vasculaires, et ne renferment, nulle part, aucune trace de pus ni d'inflammation. En tirant sur ces brides, on remarque qu'elles se continuent avec la membrane de Glisson. On conçoit combien cette opération serait impraticable par d'autres procédés, car il est difficile, sinon impossible, de mettre une ligature sur un lobule du foie; la section entraîne forcément une hémorrhagie; les caustiques seuls pourraient agir dans le même sens que la galvanocaustie. Mais leur action ne pourrait être limitée et agirait très-imparfaitement.

« La galvanocaustie a, dans ces cas, non-seulement supprimé toute hémorrhagie, mais empêché l'écoulement de la bile dans le péritoine, et elle a produit une eschare qui s'est resorbée sans suppuration et sans inflammation du péritoine.

« On comprend, d'un autre côté, combien une section faite dans le tissu d'une glande entraîne des accidents bien plus graves que l'ablation d'une glande entière; car, dans ces cas, l'eschare est plus grande et il faut, non-seulement que l'hémorrhagie soit arrêtée, mais même que les liquides de la sécrétion ne puissent, par cette section, se déverser dans le péritoine.

« Nous avons également, sur deux chiens, enlevé une portion des reins. Sur l'un nous avons coupé le rein dans presque toute sa longueur en mettant à nu les bassinets, il nous a été impossible d'oblitérer complètement ces bassinets, et, l'urine venant à suinter dans le péritoine, l'animal est mort au bout de quarante-huit heures.

« Sur le second chien, nous avons fait une section très-profonde dans la couche corticale, mais sans mettre à nu les bassinets. Ce chien a vécu dix jours, sans présenter de symptômes graves, mais, le dixième jour, il est tombé malade et a succombé rapidement. A

l'autopsie, on trouve à la place de l'eschare quelques adhérences, et, en examinant au microscope la surface de la plaie, on constate la présence de cellules épithéliales normales des séreuses, et un grand nombre d'éléments embryoplastiques. La plaie était donc en voie de cicatrisation. Au fond de la perte de substance, on découvre une petite ouverture communiquant avec un large bassinet, par laquelle l'urine a dû s'écouler au moment de la chute de l'eschare. Sans cette communication directe avec un bassinet, tout fait supposer que la cicatrisation se fût faite sans accident.

« Dans un autre ordre d'idées, mais toujours dans le but de montrer l'innocuité des eschares galvanocaustiques, nous avons transpercé de part en part avec une large aiguille, le thorax d'un cobaye, et nous avons aussitôt cautérisé cette longue plaie de poumon au moyen d'un fil de platine rougi par le courant électrique. L'animal a survécu sans accidents et sa plaie est complètement cicatrisée.

Ces faits, dont quelques-uns n'ont, comme procédés opératoires, que peu de valeur pratique, indiquent, d'une façon incontestable, l'innocuité des eschares galvanocaustiques dans les cavités péritonéales et pleurales, ainsi que la supériorité de cette cautérisation sur les autres procédés pour l'ablation ou la cautérisation des organes renfermés dans ces cavités. (*Extrait du compte-rendu hebdomadaire des séances de l'Académie des sciences*, 1873, nº 23).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Opération césarienne post mortem. — M. le Dr Laforgue, professeur d'accouchements à l'École de médecine de Toulouse, a fait parvenir à l'Académie de médecine une lettre dans laquelle il rapporte qu'il a pratiqué, il y a environ vingt ans, le 26 mai 1853, à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, l'opération césarienne après la mort, et qu'il fut assez heureux pour extraire un enfant vivant.

Cet enfant est maintenant un beau garçon, fort et bien constitué ; il fait partie du contingent de la classe de 1873, pour le recrutement de l'armée. (*Séance du* 30 *décembre* 1373.)

Monstre double. — L'Académie a entendu le résultat de l'examen fait par MM. Tardieu et Robin, sur le monstre double que l'on montrait dernièrement au Cirque.

L'examen des organes génitaux n'ayant pu être fait, et les renseignements fournis à ce sujet par le chirurgien anglais Bankroft, qui leur ouvrit un abcès dans la région ano-périnéale, et par la sage-femme qui les accompagne, étant très-vagues, nous croyons inutile d'insister plus longuement sur cette communication.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Sur l'ablation des Mamelles chez les animaux par rapport à la lactation et à la fécondation. — La Société de Biologie, dans la séance du 20 décembre 1873, a entendu la note suivante de M. de Sinety :

« Je viens communiquer à la Société les résultats que j'ai obtenus en pratiquant l'ablation des mamelles chez des animaux. Les chiens et les lapins, avec leurs six ou huit mamelles, ne pouvaient survivre à ces expériences. J'ai choisi de préférence le cochon d'Inde, qui n'a comme on le sait, que deux mamelles, et chez lequel la disposition des vaisseaux rend l'opération, même pendant période de lactation, facile, et je dirais presque inoffensive ; car, sur dix femelles opérées au mois de septembre, pas une seule n'a succombé, et toutes sont encore aujourd'hui soumises à l'observation.

« Dans une communication que j'ai faite à la Société de Biologie, au mois de mai dernier, j'ai montré, par une série d'observations et d'expériences, que, chez la femme comme chez le chien et le lapin, chaque fois qu'on supprimait l'allaitement, on voyait apparaître dans l'urine du sucre et des gouttelettes graisseuses. Depuis cette époque, j'ai constaté le même phénomène chez le cochon d'Inde, pour lequel les expériences sont très-nettes.

« L'ablation des mamelles, pendant l'allaitement, empêche le sucre d'apparaître dans l'urine; mais on y trouve encore, à l'examen microscopique, des gouttelettes graisseuses.

« Un second point sur lequel je veux appeler l'attention, c'est que toutes les femelles privées de mamelles sont restées inféconde jusqu'à présent. Mais l'opération, datant de trois mois seulement, ce n'est que par une observation plus prolongée que la stérilité pourrait être considérée comme certaine. (*Séance du 20 décembre 1873. Gazette médicale.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Sur l'endométrite chronique de la membrane caduque, comme cause d'avortement dans quelques cas de déplacement de l'utérus gravide, par le Dr KRONID SLAVJANSKY. (*Edinb. med. Journ.*, août 1873). — Les altérations de l'utérus et de ses annexes, capables de produire l'avortement, ont été légèrement étudiées jusqu'à présent; aussi sont-elles peu connues.

L'année dernière, le Dr Philipps, dans une note lue à la Société obstétricale de Londres, raconta une série de cas de rétroflexion de l'utérus qui avaient causé l'avortement. La discussion que souleva

cette communication fut intéressante, et l'on se posa alors la question de savoir, quelles étaient les altérations pathologiques capables de déterminer ces avortements? Le Dr Barnes pensait que le déplacement de l'utérus amenait l'engorgement du tissu utérin; Le Dr Braxton Hicks l'attribuait à la stase sanguine due à la position déclive de l'utérus, d'où résultait la mort de l'œuf.

Le Dr Slavjanski a eu l'occasion de rencontrer la sortie de l'œuf chez deux femmes atteintes de déplacement de l'utérus et d'y découvrir quelques altérations qui lui permirent de supposer que l'expulsion de l'œuf était le résultat d'une endométrite chronique de la caduque.

Voici les deux faits rapportés par l'auteur :

Obs. I. — Marpha Leiman, femme d'un soldat, âgée de 25 ans, eut trois accouchements à terme et réguliers; d'une bonne santé habituelle, elle était menstruée régulièrement. A la suite de sa dernière couche, la malade fut obligée de se lever de très-bonne heure et de marcher beaucoup, d'où résultèrent quelques hémorrhagies et une leucorrhée abondante, qui font supposer le développement d'une inflammation catarrhale de la muqueuse intra-utérine.

Néanmoins, quelque temps après, la malade devint enceinte pour la quatrième fois; la grossesse fut normale pendant les quatre premiers mois, mais alors survinrent quelques accidents. Elle éprouva un sentiment de plénitude dans la partie inférieure de l'abdomen, qui lui fit supposer que l'enfant était mort. Un peu plus tard, il survint un peu d'écoulement sanguin, et, lorsque la malade fut examinée, environ neuf mois après le début de la grossesse présumée, l'utérus avait le volume que l'on observe au 4e mois de la grossesse et présentait une antéflexion de 90 degrés; puis, quelques jours après, des contractions spasmodiques se déclarèrent, en même temps qu'il survint une nouvelle métrorrhagie, et la malade expulsa un œuf de forme sphéroïdale de 8 centimètre de diamètre.

La surface extérieure était dure et inégale et présentait, en certains points, des épanchements sanguins du volume d'une noisette. Les parois, épaissies, renfermaient un liquide séreux, transparent, légèrement teinté de sang, dans lequel nageait un fœtus de 6 centimètres et demi, du sommet de la tête, à l'extrémité du coccyx. Son corps était recouvert d'une membrane fibrineuse finement granuleuse. Le fœtus ne présentait pas de traces de macération; au microscope, la peau et les muscles présentaient une structure normale.

Le fœtus était suspendu à un cordon ombilical de 5 centimètres de longueur, et ce cordon était attaché à une partie de l'œuf, qui avait 1 centimètre d'épaisseur. Les parois de l'œuf se composaient de deux couches bien distinctes : une couche interne qui présentait les propriétés de l'amnios, et une externe qui était plus épaisse et se compo-

sait du chorion et de la caduque; la partie épaisse des parois, qui correspondait au placenta, était très-résistante, fibreuse et ne présentait que peu d'endroits où l'on pût retrouver la nature spongieuse du placenta normal. Sur la surfaee interne du placenta se trouvaient plusieurs foyers d'extravasation sanguine de différentes épaisseurs, et variant du volume d'un pois à celui d'une amande, et faisant saillie dans la cavité de l'œuf. La caduque était partout dense et solide et très-difficile à déchirer, le tissu était devenu fibreux. Elle enveloppait les villosités du placenta qui étaient atrophiées, et dont les vaisseaux contenaient des caillots de consistance variable suivant que le sang était coagulé depuis plus ou moins longtemps.

Dans les endroits où la thrombose des sinus du placenta était récente, l'épithélium était devenu graisseux.

L'auteur interprète ce qui se serait passé alors de la façon suivante : la rétroflexion de l'utérus aurait déterminé la stagnation du sang et consécutivement l'inflammation chronique de la caduque. D'où la production des métrorrhagies, la thrombose des sinus du placenta et l'hypertrophie de la caduque.

Obs. II. — Anna Ivanova, âgée de 45 ans, eut huit enfants dont six sont vivants; dans le cours de sa grossesse elle fut atteinte à plusieurs reprises de métrorrhagies et de contractions utérines.

L'utérus était en rétroversion considérable, et le doigt pouvait pénétrer dans l'orifice interne, où l'on pouvait distinguer l'œuf. L'utérus n'avait guère plus que le volume du pouce ; quelques jours plus tard, la malade rendait un placenta de 8 centimètre de diamètre, sur le bord duquel on pouvait voir quelques débris de membranes fœtales. Le placenta avait 8 centimètres de long et 2 centimètres d'épaisseur, il était dur et d'une couleur rouge foncé ou jaune sale. La caduque était très-épaisse et contenait beaucoup de foyers sanguins à diverses périodes de régression. La caduque renfermait une quantité considérable de tissu fibreux. Au voisinage des foyers sanguins, on pouvait trouver quelques traces de dégénérescence graisseuse ; il y avait également thrombose des sinus utéro-placentaires.

On peut donc conclure de ces deux faits que l'avortement a été le résultat d'une endométrite chronique de la caduque, laquelle serait caractérisée par l'existence de métrorrhagies revenant à des époques variables, et s'accompagnant de contractions utérines qui déterminent l'expulsion du produit de la conception.

Dr J. Colignon.

VARIÉTÉS.

Coton styptique. — Nous avons eu l'occasion d'employer dernièrement comme hémostatique, ce coton dont M. le D[r] Garrigues (de Copenhague) nous a remis un échantillon. Il nous paraît appelé à rendre d'excellents services. Ce nouvel agent hémostatique, inventé par M. Howitz (de Copenhague), jouit, selon l'auteur de la communication, d'une incontestable utilité après l'incision ou la division du col de l'utérus, dans les hémorrhagies, etc.

Lorsqu'on veut employer ce coton styptique, il suffit d'en prendre une petite boulette qu'on attache à l'extrémité d'un fil et qu'on porte sur la surface du col utérin, où on la maintient ensuite à l'aide de tampons de coton ordinaire superposés.

Pour préparer le coton styptique, on commence par faire *cuire* le coton dans l'eau, puis on le sèche et on l'asperge avec une solution de percholorure de fer, qui, suivant la pharmacopée du Danemark, se compose de parties égales d'eau et de perchlorure. Le coton est ensuite séché et séparé avec les doigts jusqu'à ce que la masse forme une espèce de laine homogène, molle et jaunâtre.

Nouvel instrument destiné à porter les substances médicamenteuses sur le col de l'utérus et jusque dans sa cavité, par le D[r] CAMUSET. — Nous employons depuis longtemps pour le traitement d'un grand nombre d'affections des yeux, une pommade à base de précipité jaune, que l'on trouve dans le commerce sous le nom de *Pommade de Crémer*. Elle est renfermée dans de petits tubes d'étain, semblables à ceux que les peintres emploient pour les couleurs à l'huile. Ces tubes sont terminés par une canule mousse, qui permet de déposer facilement dans les replis de la conjonctive la quantité de pommade dont on a déterminé l'expulsion en pressant sur l'extrémité inférieure du récipient.

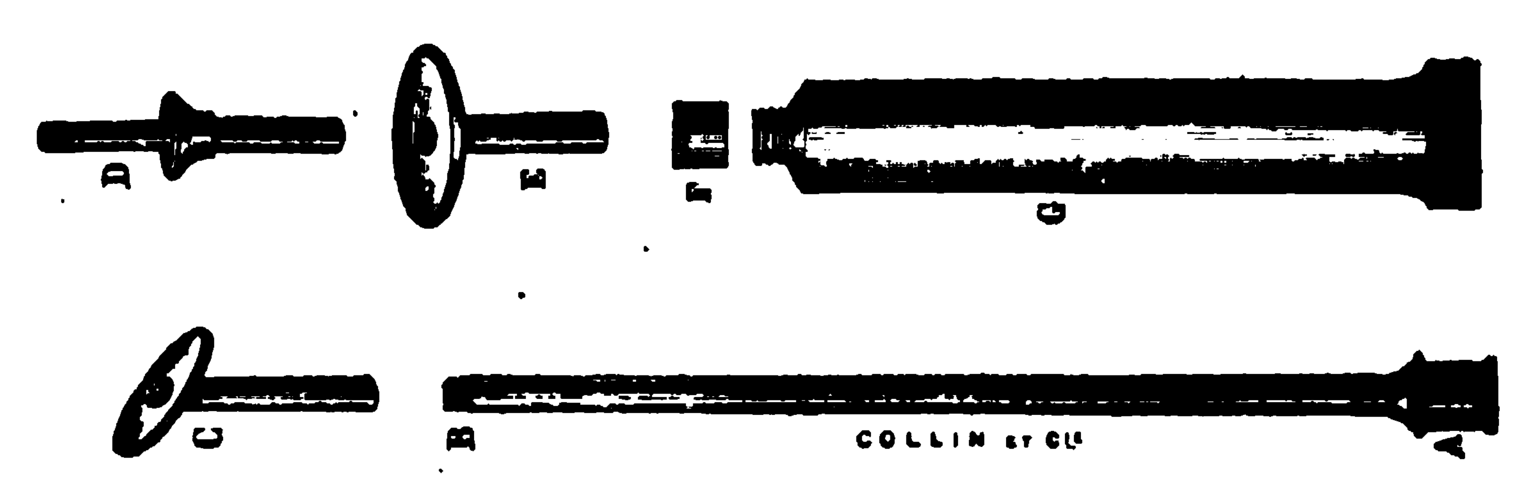
M. le D[r] Paillasson, de Lyon, a eu de son côté l'idée d'employer le tube d'étain compressible pour faire dans le canal de l'urèthre des injections de consistance pâteuse. Il y a même adapté un appareil de pression ingénieux.

Nous avons pensé que, dans certaines circonstances, ce mode d'application des pommades pourrait rendre quelques services dans le traitement des affections du col de l'utérus, et nous avons fait construire par M. Collin le petit instrument dont la figure est ci-contre.

Le récipient G, fermé par un bouchon à vis F, n'est autre chose que le tube ordinaire n° 3 ou n° 4 des marchands de couleurs.

Le tube doit être rempli par le côté opposé au bouchon, puis fermé en aplatissant l'extrémité ouverte et en la repliant une fois ou deux sur elle-même. Ce remplissage, très-facile lorsqu'on doit préparer à la fois un grand nombre de tubes et que l'on se sert d'une machine construite spécialement à cet effet, ne laisse pas que de demander du soin, à cause de la flexibilité des parois.

Quand on veut se servir de l'appareil, on enlève le bouchon et l'on



visse à sa place l'ajutage AB que l'on surmonte par l'une des trois pièces C, D, E, selon que l'on veut appliquer la pommade sur le museau de tanche, dans les culs-de-sac, ou dans la cavité du col de l'utérus.

Le col étant rendu visible par l'introduction du spéculum, on conduit l'ajutage jusque sur la partie que l'on veut atteindre, et une simple pression des doigts, exercée sur la base du tube d'étain, fait sortir de l'appareil en l'appliquant, immédiatement, la quantité de médicament voulue.

Si on le juge nécessaire, on peut compléter l'opération en tamponnant la cavité vaginale. Ces tubes se prêtent à l'emploi de toutes les pommades médicamenteuses, à l'exception de l'onguent napolitain, car le mercure s'amalgamerait rapidement avec l'étain du tube, et en provoquerait la rupture. On pourra de la sorte réunir dans un très-petit espace, une pharmacie assez complète, en faisant fabriquer des tubes contenant des gylcérés au tannin, à l'amidon, des pommades à l'iodure de plomb, au calomel, au précipité jaune, etc. On pourra même employer le collodion, car un des avantages de cet appareil hermétiquement fermé, est la conservation presque indéfinie des pommades qu'on y abrite.

Dans un dispensaire, un hôpital gynécologique, deux on trois de ces instruments remplaceront les plumasseaux montés dont on fait une si grande consommation dans une seule visite.

Le nettoyage des embouts est très-simple. Il suffit de les plonger une seule fois dans l'eau bouillante.

Enfin, en variant la courbure de l'ajutage AB, on peut rendre

l'instrument maniable par la malade elle-même, ce qui est un réel avantage dans les affections de longue durée (1).

Concours de prix. — La Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a arrêté dans sa séance du 28 janvier, la question des prix qu'elle donnera en 1875.

Une de ces questions est ainsi formulée:

Quel part revient dans le traitement des maladies utérines, au traitement local et au traitement général.

Les conditions du concours seront indiquées dans un prochain numéro (*Bordeaux médical* du 25 janvier 1874).

Nécrologie. — La spécialité des études auxquelles est consacré ce Recueil, nous impose le douloureux devoir de mentionner une mort qui a péniblement ému tout le Corps médical, parce qu'elle frappait à la fois, dans leurs plus chères affections, deux de nos confrères les plus aimés et les plus estimés. Mme Cornil, fille de M. Caffe, vient de mourir d'accidents puerpéraux.

La presse médicale tout entière a envoyé les témoignages des sentiments les plus sympathiques à son mari, si douloureusement frappé, à son père, dont ce terrible événement vient de raviver une cruelle douleur. Qu'il nous soit permis de leur dire, après tous nos confrères, quelle part nous avons prise à cette grande affliction.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Des adénômes de l'utérus et de leur traitement, par CAUDRON (thèse de Paris, 1873).

Considérations nouvelles sur la pathogénie de l'hématocèle rétro-utérine, par MARROTTE (*Arch. de méd.*, juillet 1873).

De la perforation des parois utérines par l'hystéromètre, par DUPUY (*Progrès médical*, nos 10, 12. 15, 17. 1873).

Ovariotomie et hystérotomie, par PÉAN (*Gaz. des hôp.*, p. 707, etc., 1873.)

---

(1) Cette dernière indication ne peut s'entendre que de l'emploi de l'instrument pour porter les médicaments au fond du vagin, car nous doutons fort que la malade puisse jamais parvenir à s'introduire elle-même une tige semblable dans l'orifice du museau de tanche pour se faire des applications de pommades médicamenteuses jusque dans la cavité du col, et en tout cas, nous ne lui conseillerions pas de le tenter. (*Note de la Rédaction*).

Rupture de l'utérus, par HOSELBERG (*Beiträge für Geb. und Gyn.*, t. II, fasc. 2, Berlin, 1873.)

Kystes du para-ovarium, par KŒBERLÉ (communication à la Société de médecine de Strasbourg, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1873, nº 14).

Cas de polype intra-utérin, par Matthews DUNCAN st Kronid SLAVJANSKI (*Edinburg, med. journ.*, août 1873, p. 97).

Apoplexie avec convulsions et hémiplégie dans la période puerpérale, guérison, par STEELE *Brit. med. journal*, août 1873).

Note sur trois cas d'absence d'utérus et d'ovaire, chez trois sœurs, par SQUARCY *Transact. of the obst. Soc.* London, vol. XIV, p. 212, 216, 1873).

Hystérie confirmée chez une femme privée d'utérus et de vagin, par CASTIAUX (*Bull. méd. du Nord*, nº 4, 1873).

Quelques notes sur un cas d'hymen imperforé; évacuation de plus de 100 onces de liquide menstruel, par L. ROBERTS (*British. med. journal*, octobre 1873).

Cas de thrombus du vagin, par R. JAMES (*Transact. of the obst. Society of London*, vol. XIV, p. 43, 45, 1873).

D'une nouvelle canule pour injections vaginales et de ses avantages, par DELIOUX DS SAVIGNAC (*Bull. de thérap.*, t. 85, p. 159, 1873).

Cas d'hématocèle rétro-utérine, suivi de réflexions sur la source de l'hémorrhagie, par le Dr SNOW BECK (*Transact. of the obst. Soc. of London*, vol. XIV, p. 260-282, 1873).

Kyste purulent rétro-utérin, par KŒBERLÉ (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nº 17, 1873).

Sur l'inflammation et l'ulcération du col utérin, par PAYNE (*Philad. med., and surg. reporter*, avril 1873).

Remarques sur le traitement mécanique des déplacements de l'utérus, par CHAMBERLAIN *the med. Record*, New-York, août 1873).

Sonde intra-utérine perfectionnée, par T. CHAMBERS (*the obst. journal*, nº 1, 1873).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES
DE GYNÉCOLOGIE

Février 1874.

FONDATION

DU

PRIX HUGUIER

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a, dans sa séance du 3 février 1874, reçu communication de la lettre suivante :

A M. le Président de l'Académie de médecine,

« MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« Pour honorer la mémoire de M. Huguier, membre de l'Académie de médecine, etc., et afin de réaliser, dès à présent, un désir que mon cher mari m'a exprimé,

« J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien être mon interprète auprès de l'Académie de médecine, en lui offrant une rent eannuelle de mille francs, pour fonder un prix, qui portera le nom de PRIX HUGUIER, et sera destiné à perpétuer les recherches et le travail scientifique de M. Huguier **Sur les maladies des femmes**.

« Veuillez agréer, etc.

A. Ve HUGUIER. »

Paris, ce 30 Janvier 1874.

Cette lettre était accompagnée d'un programme, que nous

croyons devoir également reproduire, et pour la rédaction duquel le *Bulletin de l'Académie* nous apprend que la généreuse donatrice s'est inspirée des sages conseils de M. Gosselin et de M. Larrey.

PRIX FONDÉ

AU NOM DE M. HUGUIER,

Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien honoraire des hôpitaux,
Professeur d'anatomie à l'Ecole des Beaux-arts,
Agrégé de la Faculté de médecine,
Membre fondateur et ancien Président de la Société de chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

« Je fais don à l'Académie de médecine d'un titre de rente de 1,000 francs, 3 p. 100, avec jouissance des arrérages à compter du 1er janvier 1874.

« Le produit de cette rente sera destiné à fonder un prix de 3,000 francs, qui portera le nom de PRIX HUGUIER.

« Il sera décerné tous les trois ans à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé en France sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections (*Non compris les accouchements*).

« Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions.

« Ce prix ne sera pas partagé.

« Si dans une période de trois années, aucun ouvrage relatif aux maladies des femmes n'était jugé digne du prix, ce prix serait donné, l'année suivante, à l'auteur du meilleur ouvrage de chirurgie pratique, publié pendant la même période; dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix.

« La première période comprendra les années 1874, 1875, 1876, et le prix de cette période sera décerné en séance publique de l'Académie, à la fin de l'année 1876 ou au commencement de l'année 1877.

« La valeur de ce prix sera donnée en entier, tous les trois ans, et toujours dans les mêmes conditions.

A. V[e] HUGUIER. »

Paris, ce 30 Janvier 1874.

En rédigeant les conditions de ce prix, M[me] Huguier, dont la générosité est d'autant plus louable qu'elle est toute spontanée, paraît s'être préoccupée surtout d'interpréter et de traduire dignement la pensée de celui dont elle porte si noblement le nom. Elle veut consacrer non-seulement le souvenir de ce nom, dont elle a le droit d'être justement fière, mais aussi celui des travaux auxquels il doit sa notorité, et c'est pourquoi, fondant un prix, elle désire que ce prix soit destiné « à perpétuer les recherches et le travail scientifique de M. Huguier, **Sur les maladies des femmes.** »

Il n'était pas possible de mieux choisir, car, si les travaux de M. Huguier ont embrassé toute la chirurgie, avec l'anatomie et la physiologie, il est bien certain que leur plus grande et meilleure part se rapporte aux maladies qui affectent plus spécialement les organes génitaux de la femme. Ce furent là ses études de prédilection. Il les commença en 1840, lorsqu'il fut nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine, et les poursuivit jusqu'à la fin de sa vie, avec une ardeur persévérante qui ne se démentit à aucun moment.

Les travaux qu'il a publiés, et dont il offrit presque toujours les prémisses à l'Académie de médecine, sont importants et nombreux. Nous n'entreprendrons pas de les analyser, ni même de les énumérer tous ici, mais il ne paraîtra peut-être pas inutile de rappeler sur quels sujets ils ont principalement porté, pour montrer que tout ce qui concerne les organes génitaux de a femme a également attiré son attention, et que ses études pathologiques ou cliniques, embrassant la totalité du système génital féminin, ont toujours été précédées de recherches anatomiques et physiologiques propres à les éclairer.

Ainsi, avant de décrire, dans un de ses plus importants mé-

moires, les maladies des appareils sécréteurs de la vulve et de la région vulvo-périnéale, il a fait, avec le plus grand soin, l'anatomie des glandes qui se rencontrent dans cette région, et il a donné de la glande vulvo-vaginale, en particulier, une description si minutieuse, si exacte et si complète, qu'aujourd'hui son nom figure à côté de celui de Bartholin, lorsqu'on veut désigner l'anatomiste qui l'a découverte. De même, lorsqu'il s'est occupé de l'esthiomène de cette région, il s'est livré à des considérations d'anatomie et de physiologie, à l'occasion desquelles on a pu lui reprocher, non sans raison, d'avoir un peu trop forcé les analogies qu'il voulait faire ressortir.

A ces deux ordres de travaux ne se borne pas ce qu'il a écrit sur les organes génitaux externes. Il a, de plus, étudié le décollement de l'hymen, qui dans certains cas se détache à son pourtour, au lieu de se déchirer à son centre, et il est le premier à avoir signalé cette particularité importante à connaître, tant au point de vue de la médecine pratique qu'au point de vue médico-légal. Le premier aussi, il s'est occupé de cette contracture spasmodique de l'anneau vulvaire, qui est aujourd'hui décrite sous le nom de *vaginisme*, et il en a indiqué avec une grande précision le mode de production et le traitement.

Du côté de l'urèthre, qu'il a eu l'occasion d'enlever dans un cas d'esthiomène, il nous a montré la nécessité de dilater ce canal, tant pour répondre à certaines indications thérapeutiques spéciales, que pour faciliter les opérations pratiquées sur la cloison vésico-vaginale. A cet égard, il mettait une certaine coquetterie à faire remarquer l'extrême gracilité de ses doigts, qui lui permettait de les introduire dans ce conduit, pour explorer sa cavité, ainsi que celle de la vessie, au moyen d'un toucher praticable par lui seul.

Dans le vagin il a décrit les kystes folliculaires et les kystes muqueux, qui lui ont fourni le sujet de deux études remarquables, et, comme opérateur, il a eu occasion, tant de creuser ce canal dans un cas où il manquait tout à fait, que de le dilater dans d'autres circonstances où il était seulement rétréci.

Quant à l'utérus, il n'est pas un seul point de cet organe, il

n'est pas une seule des maladies ou des lésions dont il peut être affecté qui n'ait fourni matière à un travail de M. Huguier.

Tantôt il étudie les divers écoulements qui proviennent de la cavité utérine pour arriver à reconnaître leur nature et déterminer le rôle que les lésions glandulaires de la muqueuse jouent dans leur production ; tantôt il nous montre ces mêmes glandes s'hypertrophiant, se dilatant, par suite de l'oblitération de leurs canaux excréteurs, qui ne permet pas au mucus, sécrété d'une façon anormale, d'être déversé au dehors. Il nous fait ainsi assister au développement des kystes folliculaires et même des polypes utéro-folliculaires qu'il a décrits avec tant de soin. Tantôt il nous donne les moyens d'attaquer et de faire disparaître les tmeurs ainsi formées; d'autres fois il cherche d'où procède l'engorgement de l'utérus et indique la relation étroite qui l'unit à l'inflammation chronique, de laquelle procèdent également les hypertrophies glandulaires, dont nous venons de parler.

Les lésions de forme de l'utérus ont également attiré son attention, et il a cherché à déterminer la cause des flexions utérines, en même temps qu'il s'occupait de trouver un traitement efficace à leur opposer.

Les polypes utérins ont toujours tonu une grande place dans ses études. Nul n'a, mieux que lui, connu toutes leurs variétés de forme, d'aspect et de développement; aussi s'est-il occupé de décrire leur marche, surtout en ce qui concerne les polypes à apparitions intermittentes, et de préciser la nature des opérations applicables à chaque cas particulier.

De même pour les kystes de l'ovaire, pour les hématocèles péri-utérines, pour les tumeurs péri-pelviennes, etc.; il a surtout mis ses soins à bien décrire toutes ces affections morbides en indiquant leurs diverses formes, espèces et variétés..

Une des parties les plus importantes de son œuvre est l'invention de l'hystéromètre et la vulgarisation du cathétérisme utérin, qui, grâce à ses efforts persévérants, a pris enfin rang de cité dans la pratique journalière. A cette invention du cathétérisme, qui a pu lui être disputée, mais qui lui revient bien légitimement se rattache une edécouverte pathologique des plus

importantes et à laquelle son nom doit rester attaché, c'est celle de l'allongement hypertrophique de l'utérus dans sa portion sus-vaginale, qui donne lieu à un état morbide, si souvent, et à tort, confondu avec la chute ou précipitation de la matrice. L'important mémoire que M. Huguier a lu à ce sujet à l'Académie et la discussion qu'il a soutenue, avec tant de succès, pour assurer le triomphe d'une vérité méconnue avant lui, est la dernière œuvre capitale dont la science lui soit redevable.

Son livre sur l'hystérométrie est bien postérieur en date, mais il n'est que l'exposé dogmatique de recherches et de travaux conçus à une époque antérieure.

Ce qui domine dans l'ensemble de l'œuvre de M. Huguier, que nous venons de passer rapidement en revue, c'est d'abord l'étude attentive de l'anatomie et de la physiologie des organes dont il s'agit de connaître les affections morbides ; puis l'examen attentif des symptômes morbides et des lésions anatomo-pathologiques propres à chacune de ces maladies ; enfin, pour le traitement, un procédé ingénieux et toujours nouveau applicable à chaque cas. Dans ce traitement, le chirurgien se montre toujours, et nul n'était plus habile que M. Huguier à la pratique des opérations délicates qui doivent être exécutées sur les organes génitaux de la femme ; mais il savait, à l'occasion, tenir en réserve les ressources chirurgicales pour puiser dans les moyens de la thérapeutique ordinaire.

C'est donc avec raison qu'en fondant un prix pour encourager les travailleurs qui veulent suivre la voie tracée par M. Huguier, sa Veuve a eu soin de stipuler que ce prix devrait être donné, *préférablement, mais non pas exclusivement*, à des ouvrages relatifs au traitement chirurgical des maladies des femmes.

Elle a eu également raison d'exclure de ce concours les accouchements — suffisamment favorisés déjà par le prix Capuron, — et qui n'ont jamais occupé qu'une place fort peu importante dans les travaux de M. Huguier. On ne peut, en effet, rattacher à ce sujet ce qu'il a écrit sur les grossesses extra-utérines, ni ce qu'il a dit des rapports de la grossesse avec la syphilis. Il ne resterait donc, comme se reliant directement à l'obstétrique, que ses deux

opérations césariennes, pratiquées, l'une après la mort, l'autre dans un cas de tumeur fibreuse; puis le traitement qu'il a conseillé pour les ruptures du périnée, survenues pendant l'accouchement.

C'est peu, comme on voit, et on comprend que Mme Huguier, désirant encourager les travaux auxquels son mari avait consacré ses études, ait tenu à éloigner la Tocologie de son programme, pour y faire entrer la Chirurgie pure — qu'il n'a du reste jamais négligée — et qu'elle ait décidé, pour le cas où le prix ne serait pas donné à des travaux relatifs aux maladies des femmes, de le réserver à ceux se rattachant à la chirurgie pratique.

On ne saurait trop la féliciter de cette détermination, non plus que de l'esprit extrêmement libéral qui a dicté les conditions auxquelles elle a cru devoir s'arrêter. Il y a bien une exclusion, mais elle est dictée par un sentiment patriotique que, dans le moment actuel surtout, nul n'oserait se permettre de critiquer.

Le PRIX HUGUIER est un prix français auquel les étrangers ne pourront pas prétendre. Mais les étrangers à la nationalité française sont seuls exclus, et tous ceux de nos compatriotes qui cultivent la partie de la science à laquelle est plus spécialement réservé cet encouragement peuvent non-seulement le solliciter, mais même l'obtenir sans l'avoir demandé.

Il ne s'agit pas, en effet, d'un travail commandé sur un sujet fixé à l'avance et d'après un programme que l'on peut toujours supposer avoir été fait pour favoriser tel ou tel concurrent. Tous les travaux sur les maladies des femmes sont indistinctement admis au concours, et, non-seulement les ouvrages imprimés, ceux à propos desquels l'opinion publique peut formuler son jugement en même temps que l'Académie, sont admis au même titre que les travaux manuscrits, mais ils ont même, sur ces derniers, l'immense avantage de prendre part au concours sans faire acte de candidature, par le seul fait de leur publication en France, et à la seule condition d'être signés d'un nom français. C'est là une innovation heureuse qui ne peut

manquer de rehausser la valeur du prix qui sera ainsi décerné.

La tâche de l'Académie sera certainement moins facile que si elle avait à juger seulement un petit nombre d'ouvrages, lui étant plus spécialement envoyés en vue de la récompense à obtenir. Mais il appartient à la presse de lui venir en aide en lui signalant les œuvres dignes d'attirer son attention. Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE s'efforceront surtout de remplir cette mission, en analysant non-seulement les livres, mais les mémoires, les brochures, les articles de journaux qui se publieront désormais sur les maladies des femmes. Nous indiquerons, avec justice et impartialité ce qui, dans chacun de ces travaux, sera vraiment digne de mériter l'attention, et nous espérons que nos collections pourront être, à ce point de vue, consultées avec quelque fruit.

Nous sera-t-il permis d'espérer davantage, et ne pourrait-il pas arriver que l'Académie trouvât dans ce Recueil, non pas seulement l'indication du travail à récompenser, mais bien ce travail lui-même?

A nos collaborateurs de répondre.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAVAIL PROLONGÉ

ET DE LA

CONTRACTURE UTERINE,

Par le Professeur **Pajot**.

Sans avoir de durée fixe, le travail de la parturition. d'après des statistiques nombreuses, se limite généralement entre six et vingt-quatre heures. Mais si l'on comprenait seulement les primipares, ces chiffres ne se trouveraient point assez élevés et on devrait les porter, à peu près, de douze à trente-six heures. Les exceptions en plus et en moins sont, d'ailleurs, loin d'être rares, et la prolongation jusques et au delà de cette dernière limite surtout me paraît dèvoir être l'objet de divisions pratiques d'un certain intérêt.

Il importe de distinguer d'abord les raisons de la prolongation du travail.

L'accouchement peut être prolongé par un très-grand nombre d'obstacles mécaniques, soit du côté du bassin, du fœtus, de l'orifice utérin, du plancher, de la vulve, etc. Toutes ces difficultés sont longuement décrites partout, et ce n'est pas d'elles qu'il sera question dans cette note.

Le travail se prolonge aussi, et parfois beaucoup, sous l'influence de causes purement dynamiques. Les traités leur réservent un chapitre, mais il m'a toujours paru assez incomplet et ne représentant la marche de ces accouchements d'une façon qui, pour mon compte, ne m'a jamais ni satisfait, ni éclairé.

Les accouchements prolongés par cause dynamique, c'est-à-dire le travail dépassant la durée habituelle, non par suite d'obstacles physiques anormaux, mais uniquement parce que la puissance se trouve inférieure aux résistances naturelles et

ordinaires, heureusement opposées à la trop brusque expulsion fœtale, ces accouchements devraient, ce me semble, être divisés en deux espèces :

1° La première comprendrait les accouchements lents, prolongés, demandant trente, quarante, soixante heures et plus, mais se terminant spontanément, sans danger pour la mère, ni pour l'enfant ;

2° La seconde renfermerait les accouchements qui, tout en suivant une marche identique, nécessitent une terminaison par l'accoucheur, sous peine de devenir dangereux pour les deux individus.

Si la question était, en pratique, aussi simple qu'elle le semble en théorie, il serait inutile de l'exposer. Mais, puisqu'elle peut inquiéter et embarrasser des praticiens vieillis dans la profession, et j'en ai vu plus d'un exemple, il faut qu'il y ait dans la prolongation du travail, sans autre cause appréciable qu'une lenteur ou une faiblesse de ses divers phénomènes et de ses différentes phases, il faut qu'il y ait un fait insolite, très-capable de troubler un homme même instruit, et de lui causer de sérieuses anxiétés.

Pour parler d'abord de la première espèce de ces accouchements prolongés, ceux dont la terminaison est spontanée, ils représentent exactement le *tedious labour* des Anglais, l'*accouchement ennuyeux*.

Ceux-là reconnaissent pour cause la faiblesse vraie et continue des contractions, faiblesse s'alliant à peu près toujours à un espacement considérable. Ainsi, dans cette espèce, la douleur, agaçante souvent, mais faible comme la contraction elle-même, se reproduira trois à quatre fois dans une heure, ou bien se fera sentir deux ou trois fois en un quart d'heure, permettra ensuite à la femme de sommeiller pendant un certain temps, et le travail se traînera de la sorte péniblement, sans accident, avec une lenteur désespérante, pendant quarante, cinquante, soixante heures, mais finira par aboutir.

Or, si dans ce cas, les contractions ont été faibles, il est permis de dire qu'elles ont été, en somme, suffisantes.

Parmi les femmes, comme parmi les hommes d'ailleurs, il

est de ces natures molles, de ces organisations flasques ; ces femmes se meuvent et s'émeuvent lentement, vivent lentement, accouchent lentement, mais enfin elles accouchent.

Le travail n'est traversé par aucun accident, l'état général de la mère se maintient bon, le cœur du fœtus bat bien jusqu'à la fin.

Le *pouls* de la femme et le *stéthoscope* pour l'enfant, souvent interrogés, voilà les vrais guides. Rassuré par eux, l'accoucheur pourra faire provision de patience, source inépuisable de succès dans ces cas, cause de tant de désastres en présence d'obstacles physiques méconnus.

En 1844, j'accouchai une ouvrière, fabricante de dentelles, mariée, ayant déjà un enfant. C'était une femme de 28 ans, assez grasse, mais pâle et à chair molle. Le travail fut très-normal. (Sommet, première position.) Toutes les parties génitales très-souples, très-préparées. Je comptais sur un accouchement prompt. Les contractions furent si peu énergiques et si espacées que la dilatation seule demanda plus de cinquante heures. L'accouchement dura en tout *cinquante-neuf heures*. L'enfant n'avait nullement souffert, et la mère se leva une douzaine de jours après.

Pendant les journées de juin 1848, j'assistais, en présence d'un médecin américain, une jeune dame, sa compatriote. Elle était primipare, bien conformée, d'un flegme plus que britannique, se plaignant peu, ne s'émouvant de rien, dormant entre ses douleurs, prenant des bouillons et des potages. L'enfant se présentait en première position du sommet. *Elle mit soixante-quatorze heures à accoucher*. Je passai là trois jours, trois nuits et deux heures ! L'enfant était d'un volume ordinaire, assez vivace, la mère présenta le *pouls ralenti* des accouchées. Elle ne fut pas une heure malade.

Ce sont-là de véritables types *de travail prolongé ou d'accouchements ennuyeux* (*tedious labour*) comme on voudra les appeler.

Il faut surtout remarquer qu'à aucun moment de ces longues durées, il ne s'est manifesté de symptôme inquiétant ni chez la mère, ni chez le fœtus. Une extrême lenteur dans l'accomplissement des phénomènes, et le travail marchant toujours, faible-

ment il est vrai, mais sans arrêt absolu. Telle est la caractéristique de ce genre d'accouchement.

La conduite ici est donc toute tracée et peut se résumer en deux mots : *Surveillance, expectation.*

La seconde espèce, c'est-à-dire le *travail prolongé,* sans obstacles mécaniques, mais qui ne se termine pas, est déjà autrement intéressant.

En 1864, j'ai été appelé par un de mes anciens élèves, exerçant à Paris, auprès d'une dame de 37 ans, primipare, sans fausses couches antécédentes. C'était une femme forte et grande, bassin normal, fœtus à terme en première position du sommet. Quarante-huit heures passées de travail, membranes rompues, orifice assez ferme, sans dureté cependant, un peu épais, d'environ 3 centimètres de diamètre seulement. Les contractions, d'après le rapport de mon confrère, ont toujours été faibles, espacées, et sont encore moins marquées depuis cinq à six heures, Le cœur fœtal s'entend peu. La mère est dans un grand état d'agitation, le pouls à 80, n'est pas dur, ni concentré. Je reste environ une heure auprès de la malade pour examiner la marche du travail. Les contractions sont, en effet, rares et ne portant pas.

Je me décide, en voyant l'agitation croissante, à faire deux petites incisions sur l'orifice, et deux heures après, au moment où je propose une saignée du bras, le liquide amniotique sort teint de méconium.

Je touche. L'orifice, quoique incomplètement dilaté, s'est agrandi et me paraît pouvoir permettre l'introduction du forceps.

L'application de l'instrument est faite sans trop de difficultés et, après quelques tractions très-prudentes et assez prolongées, j'amène un gros garçon dans un état complet d'asphyxie congestive. Face vultueuse et violette, mollesse des membres. Je laisse la mère aux soins du confrère et me charge de l'enfant. Après les premiers secours classiques (saignée du cordon, ligature, face à l'air, frictions, etc.), je me hate de l'insuffler, et ce n'est qu'après *plus d'une heure* que je parviens à le ranimer.

C'est aujourd'hui un beau garçon de 9 ans. Le confrère fit la délivrance. Les suites de couches furent naturelles. La malade

se rétablit rapidement et sa santé a toujours été excellente.

En 1865, j'ai accouché madame d'E... et madame de S., toutes deux les clientes de mon collègue et ami M. le professeur Germain Sée ; le travail a duré cinquante-deux heures chez la première et quarante-huit heures chez la seconde.

Le bassin était bien conformé et le fœtus se présentait par le sommet dans les deux cas ; les contractions furent à peine suffisantes chez ces deux dames pour amener la dilatation et la rupture des membranes ; il fallut terminer l'accouchement chez toutes deux par une application de forceps sur une tête encore fort élevée. Ces deux dames étaient primipares.

Chez la première de ces malades, l'extraction fut aussi laborieuse qu'elle peut l'être en dehors des viciations du bassin, et l'enfant mourut. La seconde dut subir une extraction, également par le forceps, difficile aussi, mais moins que la précédente. L'enfant était vivant et s'est élevé.

Dans ces deux observations, les contractions devinrent presque nulles après la dilatation, la rupture des membranes ne les ranima pas, et il fut évident au bout de quelques heures que l'expulsion ne se ferait point.

Mais ces deux faits, choisis entre plusieurs autres analogues, ne sont pas très-concluants, parce que dans tous deux, il s'agissait d'une *deuxième position* du sommet, et les contractions, trop faibles pour l'accomplissement de la rotation, fussent, peut-être, parvenues à dégager le fœtus, avant de s'épuiser complètement, si le sommet eût été en occipito-iliaque gauche antérieure.

Pour être, en effet, en droit d'attribuer la prolongation du travail à la seule insuffisance des forces contractiles, il faut qu'aucun obstable, en dehors de la dilatation d'un orifice normal, de la rupture des membranes, de la résistance ordinaire du plancher et de la vulve, tous ces éléments se présentant dans les conditions les plus physiologiques, il faut, dis-je, qu'aucun obstacle mécanique, soit appartenant à ces différents phénomènes de tout accouchement, soit tenant à des circonstances qui leur sont étrangères, ne devienne une cause d'épuisement de l'action utérine. En un mot, il faut distinguer la

faiblesse naturelle des contractions, de l'épuisement de ces mêmes contractions contre un obstacle invincible. C'est la corrélation entre la principale puissance expulsive et la somme des résistances à surmonter qu'il importe surtout à l'accoucheur d'apprécier avec justesse. Car, si la force est médiocre, mais les résistances à peu près nulles, l'accouchement pourra être spontané, comme on le voit chez les tuberculeuses, même chez celles qui déjà ont des cavernes, et au contraire, les contractions les plus énergiques et les plus soutenues échoueront contre un bassin trop étroit ou une tête trop volumineuse. Ce sont là des lieux communs pour les hommes expérimentés; les jeunes praticiens ne sauraient au contraire trop se pénétrer de ces principes. Ils dominent la pratique obstétricale tout entière.

Nous arrivons maintenant à des faits plus rares et aussi plus difficiles et, je ne crains pas de le dire, difficiles pour tout le monde. Sans doute, avec l'expérience d'une longue pratique, on aura plus de chances de ne pas commettre quelque faute, mais, pour oser affirmer qu'on n'en commettra jamais dans ces cas, il faudrait être hardi et même quelque chose de plus.

Il est des femmes, j'ai remarqué qu'elles étaient généralement intelligentes (ces accouchements sont-ils peu communs par cette raison, je ne me permettrais pas de le penser), il est quelques rares femmes affligées d'un utérus non-seulement incapable de se contracter suffisamment pour expulser un fœtus à terme, alors qu'aucune condition favorable ne fait défaut, sauf l'action utérine; mais de plus ces utérus ont une tendance singulière à la *contracture* et à la rétraction spasmodique, liaison imprévue et bizarre avec des contractions faibles.

Qu'un obstacle mécanique existe, insurmontable à une action utérine puissante et prolongée, qu'on laisse passer le moment d'agir (faute, hélas, encore trop commune) et qu'une invincible rétraction s'oppose ensuite à l'introduction de la main et rende difficile et périlleux l'emploi des instruments, ceci est vulgaire et connu de tout le monde.

Mais qu'après des contractions insignifiantes, plus agaçantes que vraiment douloureuses, à peine assez accentuées pour

amener une presque dilatation chez une multipare, trop faibles même pour déterminer la rupture de membranes fort minces et nullement résistantes, puis, toutes les conditions d'un accouchement prompt et facile, se trouvant d'ailleurs réalisées : présentation du sommet en première position, orifice, plancher, vulve ramollis et admirablement préparés par la grossesse, bassin normal, fœtus ordinaire, liquide amniotique en quantité moyenne ; mais qu'après vingt-quatre heures au plus de ces contractions faibles, et les membranes non rompues, l'utérus présente une véritable contracture allant s'accroissant pendant les quelques heures suivantes, gagnant l'orifice presque dilaté et lui permettant de se rétracter de moitié, et toujours avec absence à peu près complète de contractions efficaces. Voilà une observation peu commune et faite pour exciter l'attention.

Mme de N., cliente de mon collègue et ami M. le professeur Béhier, est à terme de son troisième enfant. Elle a été accouchée des deux premiers par Danyau et toujours avec le forceps. C'est une femme de 43 ans, bien constituée, brune, fort intelligente, courageuse, mais impressionnable. Sa dernière couche date de dix-huit ans.

Le travail commence un jeudi à huit heures du soir. Le fœtus se présente par le sommet, l'auscultation dit en première position, plus tard le toucher confirme.

Toute la nuit du jeudi au vendredi, les contractions et les douleurs sont insignifiantes. Le vendredi matin, l'orifice, difficile à atteindre, laisse passer l'indicateur. Tous les organes, segment inférieur de l'utérus, orifice, vagin, vulve, sont bien humides et très-souples.

La journée du vendredi se passe en contractions faibles, douleurs peu vives, mais agaçantes. Vers trois heures de l'après-midi, quelques vomissements me font espérer la marche de la dilatation. Elle est alors de trois à quatre centimètres. A minuit, les contractions sont absolument nulles, l'orifice est presque dilaté, j'ai la conviction que l'expulsion ne se fera pas, et j'ai l'idée d'une application de forceps ; mais la malade a si peu souffert, la dilatation n'est pas tout à fait complète, les membranes sont intactes, le cœur fœtal est bon, le pouls de la mère



à 64, un peu dur, il n'y a pas d'agitation, la face est naturelle. Je me décide à attendre encore. La malade qui, à 3 heures, désirait vivement être débarrassée, et c'était alors impossible, accepte avec plaisir l'idée de quelques heures d'expectation. En palpant le ventre, je suis surpris de trouver l'utérus *assez dur et d'une façon permanente*, sans douleurs cependant accusées par la malade.

Le samedi, vers sept heures du matin, j'examine de nouveau, avec grand soin Mme de N.

La malade n'a pas dormi, pourtant les douleurs ont été nulles. L'utérus est très-dur. Les membranes mollasses ne font aucune saillie et sont intactes. La tête semble être plus élevée et l'orifice qui, la veille au soir et à minuit, était à peu près complètement dilaté, *est rétracté et de la grandeur d'une pièce de cent sous, mais encore dilatable*. Le cœur fœtal est évidemment plus faible et plus sourd. Le pouls de la mère est dur, à 75. Je fais tout préparer pour une application de forceps, contre toutes les règles, car l'orifice n'est pas dilaté et les membranes sont intactes. Je les romps ; deux ou trois cuillerées de liquide amniotique, *teinté de vert*, s'écoulent, et me déterminent tout à fait. Je préviens la garde, sage-femme instruite, de soutenir l'orifice, si, par hasard je l'amenais avec la tête, comme je l'ai vu faire deux fois à P. Dubois.

L'application s'exécute avec facilité, deux doigts dilatent l'orifice et guident les cuillères. Il est étroit, mais ne résiste pas beaucoup.

De légères tractions font arriver rapidement à la vulve la tête qui a traversé l'orifice sans l'entraîner. Les contractions ne se sont pas réveillées, la tête extraite, l'utérus est toujours dur et inerte, il me faut exécuter la rotation et dégager les épaules. Il n'y a pas de circulaires autour du col du fœtus.

L'enfant crie aussitôt.

La délivrance est naturelle et *presque sans écoulement sanguin*.

Suites de couches normales.

Cette observation à laquelle je pourrais en joindre deux ou trois très-analogues, sauf une prolongation un peu plus grande du travail, m'a paru intéressante sous plusieurs points de vue.

D'abord *la contracture* de l'utérus se montrant après 24 heures de douleurs faibles, avant la dilatation complète et la rupture des membranes et sans obstacle d'aucune sorte est rare:

Puis, c'est une erreur assez répandue de croire à l'innocuité de l'action utérine sur le fœtus pendant toute la durée de l'intégrité des membranes. La couche du liquide protecteur semble, en effet, mettre l'enfant à l'abri des accidents produits par un travail prolongé.

Il n'en est cependant pas toujours ainsi.

Certainement des contractions intermittentes, alors même qu'elles s'exercent depuis très-longtemps, coïncidant avec la présence du liquide retenu dans l'œuf, préservent, en général, le fœtus contre tout danger sérieux, sauf peut-être certaines espèces de compressions du cordon.

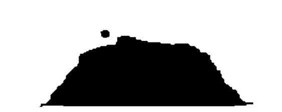
Il en est autrement, quand, malgré l'intégrité des membranes, des contractions pour ainsi dire nulles, sont accompagnées d'une contracture permanente, se traduisant par la persistance d'une grande rigidité du tissu utérin.

Bien qu'elle n'empêche pas complètement la circulation fœtale d'être influencée, d'une manière intermittente, il est vrai, et c'est le salut du fœtus, la protection du liquide, si clairement efficace contre la contraction franche, devient illusoire contre la *contracture*.

Le fœtus souffre alors, non pas du trouble de sa circulation personnelle entravée par une compression quelconque; il souffre en raison, surtout, de la gêne apportée à la circulation utérine par la *contracture* du muscle utérin.

Il est, si l'on me permet la comparaison, dans la situation d'un adulte dont les organes et la fonction respiratoires sont intacts, mais qui, plongé dans un milieu incomplètement respirable, s'éteint peu à peu, parce que l'oxygène n'arrive plus en quantité suffisante.

Dans cette dernière observation, on voit, en effet, un fœtus encore entouré de ses membranes intactes, ayant subi, pendant vingt-quatre heures seulement, des contractions inoffensives, sans circulaires du cordon, en un mot, dans des conditions semblant incapables de porter la moindre atteinte à sa vie (*sauf la*



contracture utérine), et pourtant l'auscultation, et surtout le liquide amniotique teint de méconium, avec une présentation du sommet, vont révéler un état de souffrance incontestable.

La décision à prendre, dans tous les accouchements prolongés sur le moment précis et opportun de l'intervention est toujours un problème assez difficile, dont la solution, dans des cas comme ceux-ci, est plus délicate encore. Quand l'accoucheur a opéré suivant les principes adoptés par tous les maîtres de l'art, sa responsabilité se trouve couverte, et, quoi qu'il arrive, il a le droit de dire, j'ai agi selon les règles.

Au contraire, quand il faut, comme ici, enfreindre tous les préceptes de l'art, parce que le cas est de ceux qui constituent précisément une exception aux lois sages formulées par nos prédécesseurs et justement respectées par nos contemporains, le tâtonnement et l'hésitation même sont excusables.

Rompre les membranes molles et sans résistance, appliquer immédiatement le forceps sur une tête élevée, dans un orifice presque dilaté, il est vrai, six à sept heures auparavant, mais actuellement, grand comme une pièce de cent sous et heureusement dilatable encore est-ce là vraiment une conduite à conseiller dans un enseignement ? Certes non, et il serait fort dangereux de le faire. Si je m'adressais ici à des élèves, et non à des confrères dont quelques-uns ont plus d'expérience que moi-même, je me garderais de citer un pareil exemple.

Mais, répondrait-on, cette conduite a été justifiée par un succès complet.

De toutes les raisons qu'on pourrait invoquer pour la défendre, celle-ci est, à coup sûr, la plus mauvaise. Je sais qu'un médecin de province, appelé pour une présentation du tronc chez une femme *bien conformée, fit l'opération césarienne du premier coup et sauva la mère et l'enfant !*

Je possède une observation allemande, très-authentique, d'une perforation incomplète du crâne, exécutée sur le fœtus d'une femme délivrée facilement ensuite par le forceps. L'enfant n'était pas mort et il a guéri !

Voilà le succès et j'en ai d'autres.

Dans les cas semblables à l'observation précédente, l'intervention se justifie :

1° Par la cessation bien constatée des contractions.

2° Par l'état de *contracture* du corps de l'utérus et la rétraction de l'orifice se produisant après une dilatation presque complète ;

3° Par la sortie du liquide amniotique teint de méconium et la modification perçue dans les bruits du cœur.

4° Enfin, par la prise en considération de l'âge de la mère, de l'intervalle de dix-huit années depuis la dernière grossesse et de la terminaison des deux accouchements précédents par le forceps, toutes circonstances qui, sans être décisives, ajoutaient leur valeur à la somme des motifs déterminants d'une extraction immédiate.

DES PHLEGMASIES PÉRI-UTÉRINES.

Par T. Gallard (1).

Sous le titre modeste de **Notes et Réflexions sur quelques cas de phlegmon péri-utérin**, M. le Dr Boissarie vient de publier un travail fort intéressant, contenant quatre observations détaillées, à l'occasion desquelles il a abordé, et nous allons traiter, après lui, quelques-unes des questions les plus importantes qui se rattachent à l'histoire des phlegmasies des organes et des tissus situés dans le petit bassin, autour de l'utérus.

Tout d'abord, ainsi que le prouve le titre même de son travail, M. Boissarie admet la dénomination de *phlegmon périutérin*, qui a été si contestée. Il se refuse donc à considérer comme « une illusion » et la présence du tissu cellulaire rétroutérin et son inflammation que, pièces anatomiques en mains,

---

(1) Rapport lu à la *Société de médecine de Paris* sur le Mémoire de M. Boissarie, qui a été publié dans le précédent numéro. (Voyez p. 9.)

je crois être parvenu à ranger, avec l'aide de plusieurs observateurs fort distingués, au nombre des réalités les plus palpables de la science.

Si j'établis cette revendication, ce n'est pas pour chercher à diminuer, en aucune façon, l'importance et la valeur des travaux de MM. Bernutz et Goupil, qui ont cru devoir rapporter à la péritonite pelvienne des faits qui nous avaient paru ne pouvoir être expliqués que par l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin. Telle ne saurait être ma pensée, car personne ne rend plus que moi justice au mérite de ces deux laborieux et savants observateurs. Mais, tout en appréciant, comme il est juste de le faire, la haute valeur de leurs intéressantes recherches, je me réserve le droit de leur donner une signification un peu différente de celle qu'on a prétendu leur attribuer dans le premier moment. Je suis d'autant plus à mon aise pour parler et pour agir ainsi que, mieux inspiré que d'autres, quand j'écrivis ma thèse sur le phlegmon péri-utérin, j'ai eu — je n'aurai pas la présomption de dire la sagesse, — mais on me permettra bien de dire la prudence, de m'arrêter au moment de rédiger le chapitre consacré à l'anatomie pathologique, et je me suis borné à ces simples déclarations : « Les autopsies ne nous ont rien enseigné de particulier, car nous n'avons eu occasion d'en pratiquer qu'à la suite des phlegmons *puerpéraux* suppurés, et nous n'avons rien à ajouter aux descriptions de Grisolle et des autres auteurs qui ont traité ce sujet. Relativement à l'anatomie du phlegmon lui-même, tant qu'il n'est pas suppuré, nous déplorons non-seulement la rareté, mais même l'absence complète des autopsies (1). »

Je pouvais donc, lorsque MM. Bernutz et Goupil sont venus dire que l'inflammation, que nous avions cru siéger dans le tissu cellulaire péri-utérin, se trouvait confinée dans le péritoine pelvien, m'en référer à cette simple déclaration, et me contenter de modifier le titre de mon travail, sans avoir rien à changer à son texte, dont l'exactitude clinique n'a jamais été, que je sache,

(1) T. Gallard. De l'inflammation du tissu cellulaire qui entoure la matrice ou du phlegmon péri-utérin et de son traitement. (*Thèse*. Paris, 1855.)

contestée par personne, depuis près de vingt années qu'il a été publié.

Mais, je n'ai même pas à faire ce léger sacrifice, et je puis aujourd'hui, m'appuyant sur une longue pratique, établir qu'il y a tout autour de l'utérus, — non-seulement sur les côtés, à la base des ligaments larges, et en avant, où son existence n'a jamais été contestée, mais en arrière, entre le col utérin et le rectum, tapissant le péritoine d'une part et le vagin de l'autre, — une mince lame de tissu cellulaire, qui est susceptible de s'enflammer. Seulement, et voici ce que MM. Bernutz et Goupil ont très-nettement établi, l'inflammation peut affecter aussi bien le péritoine pelvien que cette mince couche de tissu cellulaire. Lorsqu'il en est ainsi, on a affaire, non pas à un phegmon péri-utérin ou rétro-utérin, mais bien à une péritonite pelvienne, à ce qu'ils ont appelé une *pelvi-péritonite*. Il y aurait donc là deux phlegmasies tout à fait différentes, intéressant : l'une le tissu cellulaire, l'autre le péritoine, qui devraient donner lieu à deux descriptions parfaitement séparées et distinctes, si la nature, qui se joue de toutes nos subtilités anatomiques, ne nous montrait pas, presque toujours, réunies par le fait les deux lésions que nous venons de chercher à séparer par la pensée.

C'est le propre de l'inflammation de ne pas se limiter à un seul organe ou à un seul tissu, mais bien de gagner de proche en proche, en s'étendant par voisinage, comme le disait Gerdy, si bien, par exemple, que jamais la surface externe du poumon n'est enflammée sans que la plèvre qui le recouvre ne s'en ressente. Les mêmes phénomènes se passent du côté du petit bassin, et lorsque l'inflammation s'y développe, elle envahit, soit simultanément, soit successivement, non-seulement le tissu cellulaire péri-utérin et le tissu pelvien, mais aussi les ovaires, les trompes, et le plus souvent l'utérus lui-même. C'est ce qu'un de nos meilleurs observateurs français, Aran, a parfaitement vu et indiqué (1), en faisant une part égale et à la pelvi-

(1) ARAN. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes.* — Paris, 1858-1860, p. 655.

péritonite et au phlegmon péri-utérin. Car notre savant collègue a su résister à l'entraînement général, qui faisait considérer, à cette époque, la suppression du phlegmon péri-utérin comme la conséquence nécessaire et forcée des recherches de MM. Bernutz et Goupil. C'est ce que j'ai également reconnu moi-même, en adoptant la dénomination de *phlegmasie péri-utérine*, que j'emploie généralement aujourd'hui.

Précisons, avant d'aller plus loin, la valeur que j'entends donner à cette expression, car il ne s'agit pas d'une simple substitution de mot. Je reconnais qu'il y a vingt ans on a décrit sous le nom de phlegmon péri-utérin des inflammations diverses, parmi lesquelles figuraient celles du péritoine, des ovaires ou des trompes, aussi bien que celle du tissu cellulaire péri-utérin. Chacune de ces inflammations, si elle se rencontre isolément, ce qui est très-rare, doit conserver le nom qui lui est propre de phlegmon péri-utérin, de péritonite pelvienne, d'ovarite, de salpyngite, car elles forment chacune une espèce morbide distincte, appartenant à un genre commun, auquel revient le nom de phlegmasie péri-utérine.

Cela dit, on comprend, du reste, que si deux ou plusieurs de ces espèces morbides se trouvent réunies à la fois chez le même sujet, c'est par le nom du genre que doit être désignée l'affection dont est atteint ce sujet, et alors le diagnostic se résume parfaitement par ce seul mot : « phlegmasie péri-utérine. » Mais, dans certains cas, et ces cas sont assez nombreux pour pouvoir exercer la sagacité des praticiens, la phlegmasie est limitée, et l'on peut — à des signes dont l'expérience nous permet de mieux apprécier chaque jour la certitude et la valeur, — reconnaître ou qu'il s'agit exclusivement de l'une ou de l'autre de ces phlegmasies, ou, s'il y en a deux existant simultanément, que l'une est primitive ou prédomine par son intensité. Mes élèves, habitués à interpréter ces signes, qui souvent sont de simples nuances, n'hésitent plus lorsqu'il s'agit de distinguer un phlegmon péri-utérin, ou une ovarite, d'une péritonite pelvienne, ou réciproquement. L'inflammation de la trompe est la seule de ces phlegmasies péri-utérines qu'il ne m'a pas encore été permis de savoir reconnaître à l'état isolé. J'estime,

du reste, qu'elle ne se rencontre pas souvent sans qu'il y ait en même temps ovarite ou péritonite pelvienne.

Cette distinction ne pouvait pas être faite dans les cas observés par M. Boissarie, car dans tous, y compris le 4e intitulé : *Abcès péri-utérin (pelvi-péritonite de Bernutz)*, l'inflammation s'est assez généralisée pour qu'on ait constaté, chez la même malade, la présence simultanée de plusieurs des espèces morbides constitutives du genre « phlegmasie peri-utérine. » C'est ainsi que, si les douleurs violentes et la distension de l'abdomen, avec fièvre et vomissements, sont les indices de la péritonite, l'augmentation du volume de l'utérus, dont le col est entr'ouvert et tomenteux, et plus tard recouvert d'ulcérations, témoigne de la coïncidence d'une métrite véritable ; tandis que le phlegmon se révèle par une tuméfaction située à la base du ligament large, du côté droit ; tuméfaction qui, à un moment donné, se prolonge jusque dans la fosse iliaque correspondante. Enfin, il n'est pas jusqu'aux symptômes de dysurie qui ne viennent témoigner que l'inflammation, gagnant de proche en proche, s'est étendue jusqu'à la vessie.

La malade qui fait le sujet de cette quatrième observation est la seule dont la maladie, après de longues péripéties, s'est terminée par la résolution. Dans les trois autres cas, il y a eu abcès et issue du pus à l'extérieur. Il est vrai que, sur deux de ces trois cas, la phlegmasie péri-utérine a débuté peu de temps après un accouchement, et nous savons que dans ces circonstances la suppuration est la règle. Il n'en est pas de même lorsque la phlegmasie péri-utérine survient en dehors de toute influence puerpérale, comme cela avait lieu chez le sujet de la troisième observation. Dans des cas semblables, la suppuration, au lieu d'être la règle, comme dans les phlegmasies puerpérales, est bien réellement l'exception, comme je l'ai établi d'après le relevé statistique consigné dans ma thèse et comme Aran l'a confirmé plus tard. Car si je suis d'accord sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, avec cet observateur si distingué, ce n'est pas, comme le dit M. Boissarie (1) parce que je me suis rangé à son opinion, mais bien

(1) Voy. p. 23.

parce qu'il a cru devoir partager la mienne, qui a été formulée la première.

En tout cas, et c'est là le seul fait intéressant à signaler, si la terminaison de la phlegmasie péri-utérine par suppuration est rare en dehors de la puerpéralité, elle se rencontre cependant assez fréquemment pour qu'il en faille tenir grand compte. West me paraît avoir exagéré cette fréquence en l'évaluant à la moitié des cas. (27 fois sur 52, soit 50 p. 100.) D'après les faits qui m'ont servi de base pour la rédaction de ma thèse, la proportion serait de 7 pour 100 seulement, puisque sur 53 cas la suppuration s'était produite 3 fois d'une façon évidente et avait été seulement soupçonnée dans un quatrième fait. C'est cette proportion de 7 p. 100 que Aran a adoptée, en l'évaluant approximativement de 7 à 10 p. 100.

Ce que j'ai vu depuis tendrait à faire élever assez notablement la proportion qui résulte de ma première statistique. Ainsi, à l'occasion de Leçons que j'ai eu à faire plus récemment sur ce sujet, à l'hôpital de la Pitié, j'ai dépouillé 49 observations nouvelles qui, ajoutées aux 53 premiers, élèvent à 102 le nombre des faits sur lesquels ont porté mes recherches. Or, sur ces 102 faits, la suppuration a été évidente 10 fois, et douteuse dans un cas. Si nous devions nous en tenir à ces chiffres nous arriverions donc à la proportion de 10 p. 100. Mais j'ai des raisons sérieuses de penser que cette proportion, tout en étant fort éloignée de celle de West, ne représente pas exactement la vérité et demeure beaucoup trop élevée. Voici pourquoi ; lorsque j'ai fait ma thèse, étudiant le sujet d'après la sage méthode instituée par M. Louis, j'ai recueilli toutes les observations qui s'offraient à moi, sans la moindre exception, et en accordant aux cas légers la même attention qu'aux cas les plus graves, ce qui est le seul moyen d'établir, d'une façon certaine, leur fréquence réciproque. A-t-il été procédé ainsi pour les 49 observations nouvelles qui sont venues s'ajouter aux 53 recueillis précédemment? Non-seulement j'en doute, mais je me crois parfaitement autorisé à affirmer le contraire. Il est peu probable, en effet, que depuis dix ans il ne se soit pas présenté dans mon service un plus grand nombre de cas de cette affection, relati-

vement fréquente, et dont j'ai toujours plusieurs exemples réunis en même temps dans mes salles d'hôpital. Si donc il m'en a été remis 49 observations seulement, c'est que mes internes ont négligé de prendre des notes sur les cas légers et se sont arrêtés uniquement à ceux qui, par la gravité et la persistance des symptômes, leur paraissaient mériter plus spécialement d'attirer leur attention. Quoi d'étonnant dès lors que la terminaison par suppuration se soit montrée plus fréquente dans ces cas choisis parmi les plus graves ?

Il est donc très-probable que le chiffre indiqué dans mon premier travail est bien véritablement le plus exact et que la fréquence des cas dans lesquels on doit craindre la suppuration peut être exprimée par la proportion de 7 à 10 p. 100, le dernier chiffre marquant une limite extrême, qui sera rarement atteinte et probablement jamais dépassée, si l'on a soin de tenir compte de tous les faits.

J'ajouterai qu'en entrant plus profondément dans l'examen des 7 observations de phlegmons suppurés, qui sont passées sous mes yeux pendant ces dernières années, j'ai remarqué que toutes les malades dont il s'agit avaient eu des enfants. Chez une, le dernier accouchement ne remontait pas à plus de 21 jours, ce qui nous rapproche très-notablement des conditions de la puerpéralité. Chez les 6 autres, le dernier accouchement datait de 2 ans et plus ; mais 4 avaient eu des accidents puerpéraux à un de ces accouchements, et cette circonstance pouvait avoir fait naître pour elles une prédisposition particulière aux phlegmasies péri-utérines, dont on a pu bien constater l'influence dans les deux premières observations de M. Boissarie.

En dehors de cette influence puerpérale, même éloignée, on peut parfaitement rencontrer des cas de suppuration très-étendue; mais, lorsqu'on analyse avec soin les observations des faits dans lesquels elle s'est ainsi produite, on voit que presque tous se peuvent expliquer, soit par la persistance d'action de la cause qui a déterminé l'invasion de la maladie, soit par l'intervention d'une cause nouvelle, agissant intercurremment, toutes circonstances qui entretiennent ou exagèrent l'état d'hyperémie congestive du système génital interne. Ainsi, dans la troi-

sième observation de M. Boissarie, on a vu le travail de la machine à coudre provoquer le retour et la suppuration nouvelle d'un abcès guéri depuis plusieurs années, chez une femme n'ayant jamais eu d'enfants.

J'ai eu à soigner l'année dernière, avec M. le Dr Thierry-Mieg, une jeune femme, qui a été prise de phlegmasie péri-utérine, ayant débuté par une inflammation de l'ovaire, au deuxième jour de son mariage, consommé au moment où la période menstruelle était à peine terminée, c'est-à-dire quand tous les organes étaient encore fortement congestionnés. Cette congestion, exaspérée par toutes les excitations du voyage de noces, a provoqué une vaste suppuration qui a déterminé la mort après trois ou quatre mois d'épuisement et de souffrances.

Un traumatisme exercé sur l'utérus peut agir dans le même sens et provoquer une inflammation péri-utérine, dont la suppuration sera le terme. C'est pourquoi la prudence oblige à s'abstenir de toute opération ou de toute manœuvre chirurgicale qui ne serait pas commandée par une nécessité véritable et, tout au moins, à ne pas l'entreprendre, quand il y a le plus léger signe de tuméfaction ou d'empâtement au pourtour de la matrice. On a vu, dans la quatrième observation de M. Boissarie, l'application d'un simple tampon d'ouate déterminer une grave recrudescence d'accidents inflammatoires à peine assoupis. Cela rappelle les exemples de brusque explosion de péritonite mortelle, à la suite d'une cautérisation au fer rouge, d'un cathétérisme utérin pratiqué même avec soin, sans qu'il y ait eu perforation de la matrice, ni même simple érosion de la muqueuse, à la suite d'une vulgaire application de spéculum, ou même d'un simple toucher. Dans tous les cas de ce genre dont nous possédons la relation, on est en droit, il est vrai, de penser que l'inflammation existait déjà antérieurement. L'explosion des accidents graves peut donc, quand on y regarde de très-près, n'être considérée comme n'ayant été que très-accessoirement provoquée par les manœuvres dont il vient être question, car pour beaucoup même il n'y a eu qu'une simple coïncidence entre la manœuvre employée, le toucher par exemple, et les accidents survenus aussitôt après. Il n'est pas douteux, en effet,

que, dans nombre de cas, ces accidents auraient pu se produire et se seraient très-probablement produits de la même manière, avec la même intensité et au même moment, alors même que la manœuvre en question n'aurait pas été faite.

Mais il est d'autres cas dans lesquels il n'est pas permis de ne pas reconnaître l'action directe et fâcheuse d'une intervention chirurgicale intempestive, sur le développement d'une phlegmasie péri-utérine qui, suppurant ensuite, a pu sérieusement compromettre les jours de la malade. J'ai vu des faits de cette nature se produire assez fréquemment, et l'un des plus remarquables m'a été fourni par une dame près de laquelle j'ai été appelé en consultation par M. le Dr Boutin. Malgré les conseils très-sages et très-sensés de son médecin, cette personne, désireuse d'avoir un enfant, s'était soumise à un traitement dont le résultat devait être de la rendre féconde. Ce qui lui fut fait par cela, nous ne l'avons pas su au juste ; ce fut peut-être une incision, peut-être une dilatation de l'orifice utérin? Toujours est-il qu'à un certain moment l'opération fut plus douloureuse, la malade perdit du sang, revint chez elle tout endolorie, et peu de temps après, elle avait tous les signes d'une inflammation péri-utérine des plus intenses. Cette phlegmasie, qui mit ses jours en danger, se termina par suppuration ; l'abcès fût ouvert du côté de la paroi abdominale, et demeura fistuleux. Lorsque je vis la malade, la fistule continuait à donner du pus depuis près d'un an, sans que rien permît de prédire sa prochaine oblitération. Et de fréquents retours de l'inflammation venaient par intervalles remettre assez souvent en péril les jours de cette femme, dont l'utérus immobile, enclavé dans le petit bassin, fixé, ainsi que les ovaires, aux intestins auxquels le relient d'épaisses fausses membranes, est plus incapable qu'il ne le fut jamais de se prêter à l'acte de la fécondation.

Dans la troisième observation de M. Boissarie, les circonstances étiologiques qui ont présidé au début de la maladie sont assez obscures, car notre confrère n'a pas assisté à ce début ; mais il nous montre, par la suite, le travail de la machine à coudre produisant une récidive suivie, après dix-huit mois, d'accidents suraigus brusques et d'une vaste suppuration éten-

due jusqu'à la région du foie, qui entraîna la mort au bout de treize jours. Il est à regretter que l'autopsie n'ait pu être faite, et qu'en particulier on n'ait pas pu déterminer ni quel a été exactement le point de départ de cette inflammation, ayant débuté par l'ovaire, si je ne me trompe, ni jusqu'à quel point les voies urinaires et plus spécialement le rein ont pu participer à cette phlegmasie, qui paraît s'être propagée jusqu'au tissu cellulaire péri-néphrétique.

Il est fort rare que l'inflammation née dans les tissus périutérins s'étende aussi loin; mais il n'est aucun point de l'excavation du petit bassin qu'elle ne puisse atteindre, et son action peut se faire sentir sur tous les organes contenus dans cette cavité, soit qu'ils s'enflamment eux-mêmes par contiguité, soit qu'ils se trouvent comprimés par la tumeur inflammatoire, abcédée ou non. Cette double action, qui se fait sentir sur le rectum et la vessie, s'exerce également sur les troncs nerveux du plexus sacré. C'est par elle que s'expliquent les phénomènes nerveux, tant névralgiques que paralytiques, observés chez quelques malades. Celle qui fait le sujet de la première observation de M. Boissarie s'est trouvée dans ce cas. Une première fois, elle a été affectée de paraplégie qui a duré pendant deux mois; puis la paralysie a disparu pour revenir plus tard. La preuve que cette paralysie était bien la conséquence d'une compression exercée sur les troncs nerveux, c'est, d'une part, qu'elle suivait d'une façon régulière le développement de la tumeur, pour s'amender et même disparaître dès que cette dernière se vidait, soit spontanément, soit après avoir été ponctionnée; et, d'autre part, qu'elle s'accompagnait d'un œdème des membres inférieurs, dont la même marche, étroitement liée à celle de la paralysie, indiquait que la même compression s'exerçait à la fois et sur les nerfs et sur les troncs veineux.

On peut comprendre qu'une compression plus permanente puisse être la conséquence de l'induration du tissu cellulaire qui entoure les filets nerveux, ou même de l'inflammation propagée jusqu'à leur névrilème, et s'expliquer ainsi les symptômes douloureux qui se joignent aux phénomènes paralytiques et

les aggravent. Mais il y a loin de cette double explication, si conforme aux lois ordinaires de la pathologie et de la physiologie, à ces paralysies, prétendues réflexes, que l'on a décrites comme se développant sous l'influence des affections du système génital interne. Pour mon compte, j'ai toujours trouvé, soit dans la compression, soit dans l'extension de l'inflammation jusqu'au voisinage du nerf, d'après le double mécanisme que je viens d'indiquer, la raison des phénomènes paraplégiques que j'ai eu l'occasion d'observer, et je ne me souviens que d'un seul cas qui puisse faire exception à cette règle. Dans ce fait, encore aujourd'hui en observation dans mon service de la Pitié, nous avons vu des symptômes de paraplégie, avec phénomènes ataxiques, succéder à une ovarite chronique double; mais, outre qu'il est possible de ne voir dans la réunion de ces deux maladies qu'une simple coïncidence, le cas est assez compliqué pour que la filiation entre la maladie nerveuse et l'affection du système génital interne, ne puisse pas être établie sans conteste.

Dans la première observation de M. Boissarie, on voit la paraplégie se manifester quand la tumeur est postérieure à l'utérus, persister pendant un an tant que les choses demeurent en cet état, puis diminuer et disparaître à mesure que la tumeur inflammatoire, contournant le col de l'utérus, se porte d'arrière en avant, pour s'ouvrir dans le vagin.

Cette paralysie du mouvement et du sentiment est longtemps limitée au membre gauche, qui est en même temps œdémateux. Si elle ne dépendait pas de la compression, on se demanderait pourquoi elle suit ainsi les évolutions de la tumeur inflammée, car une paraplégie d'ordre réflexe pourrait tout aussi bien être déterminée par un phlegmon anté-utérin que par un phlegmon rétro-utérin.

Deux des malades de M. Boissarie (obs. I et II), ont eu des enfants, non-seulement depuis le début de leur inflammation péri-utérine, mais, alors même que cette dernière s'étant terminée par suppuration, il était resté une ouverture fistuleuse qui continuait à fournir du pus en assez grande abondance. J'en pourrais inférer que, dans ces deux cas, l'inflammation avait

interéssé plutôt le tissu cellulaire que le péritoine pelvien, car personne n'ignore quel obstacle particulièrement invincible peuvent apporter, à la conception d'abord, puis à la régularité de la gestation, les adhérences péritonéales et les brides qui enveloppent l'ovaire ou immobilisent la trompe, et celles qui s'implantant sur le corps même de l'utérus s'opposent à sa distension, lorsqu'il est devenu gravide. Mais, sans m'arrêter à ces considérations, qui ont leur importance, je tiens surtout à faire remarquer que la grossesse n'a pas eu ici l'heureuse influence curative que certains auteurs, en vertu de considérations purement théoriques, lui ont trop gratuitement attribuée. On s'était, en effet, imaginé que l'utérus, distendu par le produit de la conception, devrait agir mécaniquement sur les parois du foyer purulent, de façon à les appliquer l'une contre l'autre et favoriser ainsi leur cicatrisation. Or, dans ces deux cas, il n'en a rien été.

La première malade de M. Boissarie a eu deux grossesses depuis qu'elle est affectée de phlegmon péri-utérin suppuré. Elle a nourri le second de ses deux enfants et a bien supporté la double perte du lait et de la suppuration. Chacune de ces deux grossesses a été menée à bon terme et s'est terminée heureusement par un accouchement naturel, et les deux fois, l'abcès s'est ouvert de nouveau et a donné du pus en abondance, dans la semaine qui a suivi l'accouchement.

Chez la seconde malade, il y a eu trois grossesses et trois accouchements à terme, depuis que l'abcès est formé, et il a continué à donner du pus aussi bien dans le cours des grossesses qu'après la délivrance, sans en être aucunement influencé.

Chez cette dernière femme, la maladie dure depuis plus de huit ans, chez l'autre depuis cinq ans, et ces deux sujets ont de l'embonpoint, leur santé générale est relativement satisfaisante. Que penser après cela de l'hypothèse émise par Aran, qui considère les phlegmasies chroniques des organes génitaux internes comme une cause efficace du développement de la phthisie ? Si cette action spéciale avait dû s'exercer, elle aurait certainement trouvé dans ces deux cas toutes les conditions les plus favorables à son développement. Mais il n'en a rien été, parce que, comme je l'ai dit ailleurs, si la phthisie survient

dans le cours d'une phlegmasie chronique, soit de l'utérus, soit des organes groupés autour de lui, ce n'est pas par suite d'une influence spéciale aux fonctions ou à la nature de ces organes, mais uniquement parce que la maladie place les individus dans des conditions hygiéniques mauvaises, qui sont, par conséquent, favorables au développement de la tuberculose. Ces conditions exercent bien plus sûrement leur action si l'individu est déjà héréditairement prédisposé, mais cette prédisposition n'est pas absolument indispensable, et, de même que l'on voit, un prisonnier devenir phthisique après un séjour prolongé dans un cachot malsain, de même qu'un pauvre malheureux mal nourri, mal vêtu, mal logé, pourra devenir phthisique sous l'influence des privations et de la misère, de même un blessé retenu dans son lit par une plaie étendue, dont la suppuration ne pourra se tarir, que la souffrance privera du sommeil, que les préoccupations morales et les troubles digestifs, qui en sont la conséquence empêcheront de s'alimenter convenablement, pourra devenir également phthisique, de même la phthisie pourra atteindre une femme clouée sur son lit par une phlegmasie péri-utérine, suppurée ou non. Mais, comme je le disais il y a un instant, cette phthisie acquise ne pourra être qu'indirectement attribuée à la maladie par suite de laquelle se seront produites les mauvaises conditions hygiéniques.

Je suis loin d'avoir épuisé chacune des questions intéressantes que soulève la lecture attentive du travail de M. Boissarie ; j'ai seulement voulu les poser nettement, afin de provoquer la discussion sur celles à propos desquelles les avis peuvent être partagés, et de laisser à l'observation ultérieure le soin de les résoudre.

Quant au traitement, il a trop d'importance pour pouvoir être abordé d'une façon incidente, à l'occasion du mémoire dont nous venons de nous occuper, et nous nous réservons de lui consacrer, dans une prochaine étude, tous les développements qu'il comporte.

SUR L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL

DANS LES HOPITAUX ET HOSPICES DE PARIS.

Rapport fait à la Société médicale des hôpitaux au nom d'une Commission composée de MM. Labric, Parrot et Siredey.

Par M. J. Parrot, rapporteur.

Une question, qui a causé une vive émotion, a été soulevée récemment à la Société médicale des hôpitaux; nous voulons parler de l'allaitement artificiel des nouveau-nés dans les hôpitaux de Paris.

Le régime alimentaire de ces nouveau-nés ayant paru insuffisant à quelques membres de la Société, on avait pensé qu'il serait nécessaire de réviser sur ce point le règlement des hôpitaux.

La question, qui avait été posée avec calme et sang froid, a donné lieu à un article à sensation, publié dans un des principaux journaux politiques. Cet article émut vivement la sollicitude des membres de la Société, qui décidèrent de nommer une commission composée de médecins plus spécialement attachés à des hôpitaux d'enfants, pour fixer d'une façon exacte la quantité de lait à donner aux nouveau-nés.

La commission nommée fut composée de MM. Labric, Siredey et Parrot, rapporteur.

C'est le résultat des recherches de la commission que nous nous proposons de passer en revue.

La commission a pensé que, pour accomplir la tâche dont elle avait été chargée, elle devait d'abord fixer d'une manière générale et indépendamment de toute application particulière la quantité de lait nécessaire à un enfant soumis à l'allaitement artificiel, sauf à déterminer ensuite comment ce mode d'alimentation est pratiqué dans les établissements dépendant de l'administration de l'Assistance publique.

Cette étude préliminaire lui est indispensable pour établir,

par voie de comparaison entre la ration qu'elle permet de déterminer d'une façon en quelque sorte mathématique et celle qui est accordée dans les services hospitaliers, la nécessité de maintenir ou de modifier les quantités allouées par le règlement qui est actuellement en vigueur.

Abordant ce premier point, à savoir la détermination de la quantité de lait nécessaire à un enfant privé du sein, le rapporteur pense qu'il y a deux manières d'y arriver et les expose comme il suit :

« L'une consiste à prendre pour base d'appréciation l'allaitement par le sein, et à fixer, d'après la quantité de lait maternel établie par l'observation, celle correspondante de lait de vache, en tenant compte, bien entendu, des différences qui existent entre ces deux sortes de lait. L'autre, dans laquelle on observe directement des enfants élevés au biberon.

C'est la première qui a été le plus habituellement mise en usage. »

Le rapporteur, laissant de côté tout ce qui a été dit là-dessus, pense qu'il est suffisant d'indiquer les résultats les plus connus, et surtout ceux que des procédés rigoureux rendent dignes de confiance.

« C'est par des pesées faites à l'aide d'une balance, dit-il, que l'on arrive le plus sûrement à déterminer la quantité de lait que prend un enfant à la mamelle, soit à chaque tétée, soit dans les vingt-quatre heures.

« On doit à Natalis Guillot d'avoir introduit ce mode d'expérimentation dans la pratique, après l'avoir mis en usage; et l'opinion qu'il a professée est d'autant plus digne d'être rapportée, qu'on l'a citée partout et qu'elle semble encore aujourd'hui être considérée par quelques médecins comme très-exacte. « Je « ne crois pas exagérer, dit-il, en avançant qu'il y a des enfants « qui prennent, à la fin du premier mois, 2 kilogrammes de lait « par jour et qui s'accroissent régulièrement dans la période « diurne de 50 grammes » ; et plus loin il ajoute : « Que pour « un enfant sain, la quantité de lait que doit fournir une nour« rice, doit être supérieure à 1,000 grammes. »

Cette évaluation est manifestement exagérée. Pour s'en con-

vaincre, il suffit de considérer comment opérait l'auteur qui vient d'être cité.

« Il disait qu'un enfant fait de 20 à 30 tétées par jour, soit en moyenne 25; et pour savoir la quantité de lait qu'il prend, dans une période diurne, il multipliait par ce chiffre 25 le poids d'une tétée, trouvé d'ailleurs aisément en pratiquant deux pesées, l'une immédiatement avant la mise au sein, l'autre aussi tôt après la fin du repas.

« C'est en procédant de la sorte qu'il est arrivé à admettre qu'un enfant prend :

à 2 jours....................	675	grammes de lait.
à 5 —	2500	—
à 18 —	2975	—
à 30 —	2400	—
à 36 —	1480	—
à 41 —	2075	—

« On saisit sans peine ce qu'il y a de vicieux dans ce procédé et d'où vient l'erreur commise. Et d'abord, au lieu de prendre le poids d'une seule tétée, Natalis Guillot aurait dû, comme on l'a fait depuis, les peser toutes, car on sait, lorsqu'elles sont très-nombreuses, combien elles sont inégales. Ensuite, il est impossible d'admettre le chiffre de 25 comme représentant le nombre de tétées faites, même par un très-jeune enfant, en estimant, dès le second jour, chacune d'elles à 27 grammes. Comme on va le voir bientôt, ces chiffres sont beaucoup trop élevés.

Mais, ceci dit, il faut savoir gré au médecin qui nous les a fait connaître, d'avoir préconisé une méthode qui, perfectionnée par ses successeurs, les a conduits à des résultats d'une remarquable exactitude. C'est dans la thèse inaugurale de M. le Dr Bouchaud, ancien interne de la Maternité, publiée en 1864, que nous trouvons les renseignements les plus précis sur le sujet qui nous occupe; les précautions dont il s'est entouré, le nombre considérable de ses expériences doivent les faire considérer comme l'expression la plus rapprochée de la vérité.

« Cet auteur a fait, pour les divers sujets mis en observation les pesées de toutes les tétées, dont le nombre, contrairement à

ce que supposait Natalis Guillot, était, pour vingt-quatre heures, de 8 à 10 seulement.

« En procédant de la sorte, il a établi que le poids de ces tétées était, en général, pendant les quatre premiers jours, de 3, 15, 40 et 55 grammes; que pendant les premiers mois il s'élevait à 60 et 80 grammes, et, après cinq mois, à 100 et 130 grammes.

« En additionnant toutes les tétées faites dans une période diurne, il a donné les chiffres suivants, comme représentant la moyenne de la quantité de lait prise en vingt-quatre heures, par un enfant depuis la naissance jusqu'à 9 mois :

1er jour...........................	30 grammes.
2e —	150 —
3e —	450 —
4e —	550 —
Après le 1er mois....................	650 —
— 3e —	750 —
— 4e —	850 —
Et de 6 à 9 —	950 —

« Ces chiffres sont beaucoup moins élevés que ceux donnés par Natalis Guillot, et la Commission en a contrôlé l'exactitude par des expériences qui lui sont propres.

« En les prenant comme un point de repère très-sûr, M. Jacquemier a cherché à déterminer la ration de lait de vache nécessaire à un enfant soumis à l'allaitement artificiel.

« Il observe que ce dernier lait contient beaucoup plus de caséine, de beurre et de sels que celui de femme, mais qu'il est moins riche en sucre et en eau; et il admet qu'en l'étendant d'un tiers de ce liquide, et en ayant soin d'y ajouter 1/25 de son poids de sucre, on arrive à imiter approximativement le lait de la femme.

« D'après cela, nous avons dressé le tableau suivant qui représente en poids la quantité de lait de vache nécessaire à l'alimentation d'un enfant depuis sa naissance jusqu'à 9 mois.

1er jour...........................	20 grammes.
2e —	100 —
3e —	300 —
4e —	366 —
Après le 1er mois....................	434 —

Après le 3e mois	460	grammes
— 4e —	566	—
Puis de 6 à 9 —	634	—

« Bien que ces données eussent à la rigueur pu nous suffire, nous avons cru devoir les contrôler, par la détermination directe de là quantité de lait que prend un enfant élévé au biberon; en opérant comme M. Bouchaud l'a fait pour ceux élevés au sein douze enfants de différents âges, et choisis parmi les plus robustes, ont été mis en expérience à la Crêche de l'hospice des Enfants Assistés. On les a nourris exclusivement au lait de vache pur, qu'ils prenaient six fois dans les vingt-quatre heures, et on les a pesés immédiatement avant et après le repas.

Voici les chiffres obtenus de la sorte :

1er jour. 1 enfant très-robuste	167	grammés.
2e — 3 enfants : moyenne	148	—
3e —	179	—
4e — 2 enfants : moyenne	238	—
5e —	222	—
11e —	158	—
1er mois	257	—
2e —	400	—
6e —	708	—

« En comparant ce tableau au précédent, on constate qu'ils diffèrent par le détail, mais que, dans l'ensemble, ils présentent une grande ressemblance, ce qui est le point essentiel pour le but que nous nous proposons.

« Ainsi, comme moyenne du lait pris dans le mois qui suit la naissance, nous trouvons dans l'un 198 grammes par jour; et dans l'autre 196 grammes, soit en nombre rond 200 grammes, Dans le deuxième mois, le premier tableau dit 434, et le second 400; et dans le sixième mois, le premier 634 grammes, et le second 708 grammes.

« Si nous remarquons que le chiffre de 200 grammes qui répond à la moyenne des premiers jours du premier mois, doit être un peu faible pour les derniers jours; que celui de 400 grammes très-suffisant pour les deuxième et troisième

mois ne saurait l'être pour les quatrième et cinquième, nous croyons devoir établir que :

300 grammes		pour le 1er mois.
600	—	pour le 2e, 3e, 4e et 5e
800	—	pour le 6e et les suivants,

représentent dans tous les cas une quantité de lait qui suffit à nourrir les enfants élevés au biberon, à la condition expresse qu'il soit pur et de bonne qualité, et que, si l'on vient à le couper, suivant le conseil de beaucoup de praticiens, il soit additionné d'une quantité de sucre qui sera de :

30 grammes		pour le 1er mois.
40	—	pour les 4 suivants.
50	—	pour les autres à partir du 6e.

«Jusqu'ici, continue M. Parrot, nous avons supposé que le lait constituait la nourriture exclusive des enfants ; et c'est en effet ce qui doit avoir lieu dans les premiers mois à moins de circonstances particulières que nous n'avons pas à examiner ici. Mais à partir du sixième, il faut les accoutumer à des aliments autres que ceux qu'ils tirent du sein ou du biberon. Parmi les préparations qui seront données alors, les bouillies faites de lait et de farine tiennent le premier rang, puis viennent les potages gras ou maigres et surtout les panades. On substitue donc au lait un poids équivalent des matières précédemment énumérées ; et dans ce cas, la ration d'un enfant de 6 mois et plus serait composée de la sorte :

Lait	700	grammes.
Fécule, farine, pain	100	—
Sucre	50	— »

Ici se borne la première partie du travail de la commission. Dans la seconde, elle a étudié comment l'allaitement artificiel est pratiqué dans les hôpitaux et hospices, et quelles ont été ses conséquences sur la santé des enfants.

Si on examine tout d'abord la quantité d'aliments accordée par le règlement on trouve :

POUR LES ENFANTS AGÉS DE MOINS DE 1 MOIS.

Lait.	0,30 centilitres.
Vermicelle, semoule, farine.	10 grammes.
Sucre.	30 —

POUR LES ENFANTS AGÉS DE 1 MOIS A 1 AN.

Lait..	0,70 centilitres
Pain blanc.	70 grammes.
Vermicelle, etc.	30 —
Sucre	50 —

« Comme on le voit, ajoute M. Parrot, ce tableau n'admet que deux catégories d'enfants au lieu de trois. L'une, comprenant ceux qui n'ont pas dépassé un mois, et la seconde tous les autres ; c'est là une division insuffisante, car si, après le premier mois, les besoins alimentaires se modifient, ils ne le font pas moins dans ceux qui suivent :

Tel est le premier défaut que nous constatons dans le règlement. Il est en lui-même peu grave, et nous n'y insisterions pas davantage, s'il y existait seul; mais il en entraîne un autre beaucoup plus sérieux; c'est l'attribution, à tous les enfants, d'une certaine quantité d'aliments autres que le lait. Cela n'a qu'une médiocre importance pendant le premier mois, puisque les 300 grammes de lait qui leur sont alloués suffisent à les nourrir, et que les farines et les pâtes peuvent être supprimées sans préjudice pour leur santé ; mais il n'en est pas de même durant les quatre mois qui suivent. Nous estimons que pendant cette période, 600 grammes de lait sont nécessaires, tandis que le règlement n'en accorde que 500 grammes. Il est vrai qu'il donne en même temps des aliments solides, mais nous les considérons comme nuisibles dans la plupart des cas, et jusqu'au sixième mois ; — et nous croyons que l'alimentation de l'enfant doit être assurée en dehors d'eux.

Nous venons de vous dire ce qui nous sépare du règlement, en vertu duquel les enfants du premier âge sont alimentés dans les hôpitaux. En somme, nous considérons la ration de lait comme n'étant pas suffisante, à partir du deuxième mois, et nous l'élevons à 600 grammes jusqu'au sixième mois et à 700 grammes pour le reste de la période durant laquelle on doit faire du lait

l'aliment essentiel de l'enfant. Vous le voyez, le déficit de la ration réglementaire sur celle que nous exigeons est seulement de 100 gr. pendant quatre mois, et plus tard de 200 grammes, alors, ne l'oubliez pas, que les aliments féculents sont autorisés. Ce déficit n'est donc pas considérable, et l'on doit se garder, en lui attribuant une importance excessive, de croire qu'il a pu faire courir des dangers sérieux aux enfants qui en ont subi les effets. D'ailleurs, comme le faisait naguère observer M. Bouchut, dans la *Gazette des hôpitaux*, il est bien rare que le règlement suivi pour la fixation de la masse totale du lait à chaque salle, ne soit éludé dans les distributions partielles. En effet, dans les services où sont admises les femmes avec leurs enfants, on suppose qu'étant malades, elles ne peuvent nourrir ; et pourtant, il en est toujours un certain nombre qui donnent le sein, de manière à satisfaire leurs nourrissons. Le lait qui ne leur est pas distribué reste à la masse, qui devient par là suffisante à l'alimentation des enfants qui ne tettent pas.

« C'est là une affaire d'économie intérieure et tout à fait locale, dont les religieuses s'acquittent, en général, au plus grand profit de leurs malades. Enfin, lorsque, malgré la mise en pratique de ce système de compensation, la dose de lait réglementaire devient insuffisante, on y supplée à l'aide de bons, qui d'ordinaire sont exécutés, car la plupart des directeurs d'hôpitaux, et nous devons les en féliciter, n'opposent pas à nos légitimes réclamations la lettre du règlement.

« Après ce qui vient d'être dit, faut-il croire que l'insuffisance des aliments fournis par les hôpitaux ait pu déterminer la mort des enfants qui y séjournent?

« A cette question, l'on peut répondre nettement que non ! Cela résulte de l'enquête à laquelle la commission s'est livrée auprès des médecins ayant été ou se trouvant actuellement à la tête d'un service où sont admis les enfants de premier âge? Ce qui a pu jeter le trouble dans quelques esprits et fausser le sens de certaines affirmations, c'est le terme dont on se sert habituellement pour exprimer l'état de souffrance et de dépérissement profond, où succombent beaucoup de nouveau-nés; c'est le mot *inanition*. En effet, ce mot implique un manque d'aliments, tandis

que, presque toujours, dans la bouche ou sous la plume de ceux qui en font usage, il marque simplement l'impossibilité où sont les patients de recevoir des aliments et surtout de les assimiler. Les enfans que, d'ordinaire, l'on dit succomber à l'*inanition*, ne meurent pas par manque d'aliments; car souvent l'autopsie montre leur estomac distendu par le lait qui s'y est accumulé ; ils meurent parce qu'ils ne peuvent plus digérer ce qui leur est donné; et bien souvent même, parce qu'ils n'ont plus la force de l'accepter.

« Qui pourrait en douter, en voyant ces petits êtres faméliques, cherchant du geste, du regard, du cri, de leur bouche largement ouverte, de toute une pantomime anxieuse et désolée, l'aliment qui leur manque et qu'ils rejettent aussitôt après l'avoir pris, ou même qu'ils repoussent, quand il est mis à leur portée. Ils souffrent comme Tantale; mais ce n'est pas l'aliment qui fuit leur bouche, c'est leur bouche qui s'éloigne de l'aliment qu'on leur présente.

« Si l'on envisage l'inanition de cette façon, et l'on ne peut autrement le faire, il en faut chercher l'origine ailleurs que dans l'insuffisance des aliments accordés aux nouveau-nés, dans nos maisons hospitalières.

« La véritable source ! Elle est d'abord dans l'influence nosocomiale, inconnue dans son principe, mais dont vous connaissez tous les lugubres conséquences ; dans ce fait lui-même de l'allaitement artificiel dont pâtissent tous les enfants, et que certains, à Paris surtout, ne peuvent supporter; dans la mauvaise qualité du lait, d'ordinaire beaucoup trop anciennement trait et presque toujours altéré par les manipulations qu'il doit subir pour son transport et sa conservation ; — enfin dans le mode vicieux suivant lequel ce lait est administré; c'est-à dire en des repas trop rares, et, partant, trop copieux. Tel est le mal ! Telles sont les choses qu'il faut réformer, ou du moins améliorer.

« Nous ne l'ignorons pas, la plupart des points que nous venons de vous signaler ne peuvent faire l'objet d'articles réglementaires ; toutefois, nous avons cru devoir appeler sur eux votre attention, parce qu'ils tiennent une place considérable dans

l'ensemble des soins qu'exigent les jeunes enfants; et qu'à leur observation rigoureuse est attachée bien souvent la vie de ces êtres à la santé mobile et précaire.

« C'est à la pratique journalière et scrupuleuse de ces précautions, dont l'importance est ici capitale, que doivent veiller les médecins. Dans le mal à combattre, c'est la part qui leur est faite.

« Celle de l'administration consiste, après avoir fait subir au règlement alimentaire les réformes dont nous venons de vous démontrer l'utilité, à prendre toutes les mesures nécessaires pour que la qualité de l'aliment soit irréprochable. Car la pureté du lait et sa traite récente, tiennent une place considérable dans le succès de l'allaitement artificiel pour lequel on ne peut faire, dans les limites que nous avons indiquées, ni de trop nombreux ni de trop grands sacrifices.

En conséquence de ce qui précède la commission propose; de demander à l'Administration la modification du règlement alimentaire et l'adoption pour les enfants du premier âge des rations suivantes :

1re CLASSE. Enfants de moins de 1 mois.	Lait	0,30 centilitres.
	Sucre	0,03 décagrammes
2e CLASSE. Enfants de 2 à 5 mois.	Lait	0,60 centilitres.
	Sucre	0,40 décagrammes.
3e CLASSE. Enfants de 6 mois à 1 an.	Lait	0,70 centilitres.
	Fécule, farine, pain	0,10 décagrammes.
	Sucre	0,05 — »

Ce rapport, fait avec un talent remarquable par M. Parrot, montre, d'une façon évidente, que le mal n'est pas aussi grand qu'on avait pu le supposer tout d'abord, et que tendait à le faire admettre le journal politique auquel nous avons fait allusion en commençant cet article.

Les chiffres relatés dans ce rapport sont le résultat d'expérimentations nombreuses et faites avec le plus grand soin; ils nous paraissent dès lors à l'abri de toute contestation.

Le public, vivement touché, pourra se rassurer quand il saura

que si un assez grand nombre d'enfants nouveau-nés meurent dans les hôpitaux, ce n'est pas à l'insuffisance de l'alimentation qu'il faut attribuer les décès, mais à l'influence nosocomiale de laquelle les précautions hygiéniques les mieux entendues n'ont pu jusqu'à présent complètement triompher.

FILAMENTS GLANDULAIRES

RENCONTRÉS

DANS L'OVAIRE D'UNE FEMME ADULTE,

Par **Kronid Slavjansky,**
Agrégé d'accouchements et de maladies des femmes à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg (1).

Dans l'histoire du développement de l'ovaire des mammifères, il existe une période pendant laquelle le parenchyme de cet organe présente des formations qui ont l'aspect de cordons, ou filaments glandulaires. Ces filaments ont été observés pour la première fois par Valentin (2), en 1830, et plus tard, décrits plus nettement par Pflüger (3).

Les follicules primordiaux se forment aux dépens de ces filaments glandulaires, de telle façon que les ovaires perdent leur structure filamenteuse et acquièrent le caractère d'une glande folliculaire. Cette modification de la structure des ovaires a été observée sur les animaux d'abord, et ensuite a été constatée sur les ovaires de la femme.

Les travaux de Spiegelberg (4), Waldeyer (5), etc., ont montré que les filaments glandulaires, dans les ovaires des enfants, sont composés de cylindres remplis par des cellules. Ces cylindres ont un forme irrégulière, se ramifient et s'anastomosent. Les éléments épithéliaux qui composent ces filaments

---

(1) Communication faite à la Société anatomique de Paris, décembre 1873.
(2) Müllers Arch. 1830.
(3) Pflüger die Eierstöcke der Saügethiere und des Menschen 1863.
(4) Drüsenschlauch im foetalen menschlichen Eierstock *Virchow's Archiv.* XXX.
(5) Eierstöcke und T. 1870.

communiquent avec ceux de la surface de l'ovaire. Ces cellules épithéliales ont la plupart une forme arrondie ; celles qui sont placées aux parties périphériques des filaments présentent l'aspect de cellules courtes cylindriques.

Parmi les cellules qui forment ces filaments, on en observe généralement, qui sont plus grandes et qui présentent le caractère d'ovules primordiaux, tout à fait semblables à celles qui se rencontrent parmi les cellules épithéliales de la surface de l'ovaire (Letzerich (1), Plihal (2), Waldeyer, moi (3), etc.) — Spiegelberg et Langhans (4) dans leurs cas, ne purent pas constater la présence des oyules dans les filaments glandulaires ; ce résultat négatif provient, d'un côté, de l'imperfection de leur méthode d'investigation, et, de l'autre, de ce qu'il n'existe pas d'ovules dans quelques filaments glandulaires.

Mes recherches m'ont convaincu que, assez souvent, dans le même ovaire, à côté de filaments glandulaires, contenant les ovules, il en existe d'autres, d'un aspect tout à fait semblable, dans lesquels la présence des ovaires ne peut pas être constatée. Généralement, ces filaments dépourvus d'ovules se rencontrent dans les ovaires vers la fin du premier mois de la vie extra-utérine.

Les filaments glandulaires ont été constatés, dans l'ovaire humain, dans le jeune âge seulement, les auteurs les ont trouvés très-peu de temps après la naissance ; quant à moi, je n'ai pu les reconnaître que dans la période de temps écoulée entre le huitième mois de la vie intra-utérine et la fin du premier mois de la vie extra-utérine et ce n'est qu'exceptionnellement que je les ai rencontrés dans des ovaires d'enfants âgés de 4 ans. Plihal a vu un filament rempli par des cellules épithéliales dans l'ovaire d'une fille âgée de 7 ans. On ne trouve pas d'observation concluante de filaments glandulaires constatés passé cet âge. Il en existe seulement une de Plihal, qui a vu, chez une fille de 18 ans, un filament que Biesiadeski a expliqué

(1) Letzerich. Untersuch. aus d. phys. Labor. 1870. Broun, 1865.
(2) Plihal. Schultze's Archiv. V.
(3) Slavjansky. Virchow's Archiv. 1870.
(4) Langhans. Virchow's Arch. XXXVIII.

comme étant un filament glandulaire (Drüsenschlauch); mais, comme l'auteur ne donne pas une description suffisante, nous ne pouvons pas déterminer ce qu'il a vu, dans ce cas.

Grâce à la bienveillance de M. le Dr Ranvier, j'ai pu examiner, dans le laboratoire d'histologie, au Collége de France, les ovaires de femmes de différents âges. D'un de ces ovaires j'ai pu obtenir une préparation qui me semble si intéressante, que je me permets de la soumettre à la Société anatomique de Paris. Cet ovaire venait d'une femme de 30 ans, morte à l'hospice de la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, d'une inflammation catarrhale aiguë des poumons. De l'histoire de la maladie, il résultait que cette femme, de son vivant, était atteinte d'épilepsie, qu'elle avait toujours été bien réglée, et qu'elle n'avait pas eu d'enfants.

L'ovaire droit est d'un volume normal; à la surface, on remarque quelques follicules de Graaf, dont le plus grand a le volume d'un pois. Sur la surface de la coupe on voit, outre plusieurs follicules de Graaf de différentes dimensions, quelques vieux corps jaunes, ayant l'aspect de taches grisâtres irrégulières (corpuscula albicantia auctorum); les vaisseaux sanguins de l'ovaire sont surabondamment remplis de sang.

Les préparations microscopiques montrent la structure normale de l'ovaire conformément à l'âge de l'individu. On rencontre des follicules à tous les états de développement à partir des follicules primordiaux, placés dans la substance corticale, jusqu'aux plus grands, dont quelques-uns offrent l'aspect de follicules mûrs.

Dans la couche corticale, immédiatement au-dessous de ce qu'on appelle *albuginea ovarii*, se trouvent quelques filaments glandulaires; ces filaments ont une forme tout à fait semblable à celle des filaments qui se rencontrent pendant la vie fœtale, ils commencent dans la partie périphérique de la couche corticale et descendent presque jusqu'à la limite de cette couche et la couche médullaire. Le nombre de ces filaments est très-peu considérable, je ne possède que deux préparations microscopiques où ils sont apparents. On peut les distinguer tantôt

comme un simple tube, tantôt comme un tube ramifié. Dans quelques endroits, on les voit remplis par des cellules de la même apparence que celle des cellules épithéliales de la surface de l'ovaire qui, dans ce cas, sont bien conservées en quelques points de la surface. Dans d'autres endroits, on voit que les cellules sont placées vers les parois, tandis qu'au centre de ces filaments on observe une cavité. Parmi les cellules qui remplissent les filaments, on ne peut constater la présence d'un ovule.

La couche médullaire ne présente rien d'anormal, excepté une hyperémie très-apparente.

Ces préparations nous montrent donc que, dans un des ovaires d'une femme de 30 ans, on a trouvé des formations épithéliales qui ont la forme de filaments. Dans quelle catégorie de formation devons-nous ranger ces filaments? On sait que dans les ovaires de quelques animaux, on trouve des filaments glandulaires qui sont des prolongements du corps de Rosenmüller (Parovarium) ; les filaments de cette catégorie se trouvent toujours dans la couche médullaire de l'ovaire et on ne les a jamais trouvés placés profondément dans la couche corticale. Dans notre cas, leur position, dans la couche corticale, et l'absence de formations semblables dans la couche médullaire, ne nous permettent pas de les ranger parmi les formations qui peuvent se développer du corps de Rosenmüller.

Considérant l'histoire du développement de l'ovaire, nous pensons qu'ils sont les restes de formations connues sous le nom de cordons ou filaments glandulaires dans les ovaires des enfants nouveau-nés. Dans notre cas, les parties de filaments qui consistent en masses solides de cellules, présentent un aspect tout à fait semblable à celui des filaments glandulaires des enfants. L'absence d'ovules dans ces filaments, montre qu'ils doivent être mis en parallèles avec ceux qui, même chez les enfants, n'ont pas d'ovules. Les parties qui présentent une cavité entre les cellules doivent être considérées comme un état pathologique de ces filaments.

La reconnaissance de filaments glandulaires dans les ovaires de femmes adultes offre un grand intérêt au point de vue de

l'anatomie pathologique. Les travaux de Wilson Fox (1) et de Waldeyer (2) ont démontré que le développement des tumeurs cystiques (cystoma) de l'ovaire a toujours pour point de départ des formations épithéliales, ayant la forme de filaments glandulaires tantôt massifs, tantôt présentant une cavité.

Quelle est l'origine de ces filaments glandulaires ? C'est une question à laquelle la science n'a, jusqu'à ce jour, pas encore définitivement répondu. Peut-être, dans quelques cas, sont-ils dus à la persistance de ceux qui existent normalement chez le nouveau-né.

TUBERCULOSE DES ORGANES GÉNITAUX.

OBSERVATION.

Par M. Emery,
Interne des hôpitaux de Paris.

K..., couturière, âgée de quarante-cinq ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Richet, salle Saint-Charles, lit n° 47, pour s'y faire soigner d'une arthrite fongueuse du genou, que M. Ledentu, remplaçant alors M. Richet, essaya sans succès de traiter par l'aspiration, l'Igniponcture, etc... La suppuration s'établit, et la malade, s'affaiblissant de plus en plus, M. le prof. Richet dut pratiquer l'amputation. Le jour même de l'opération, il y eut un léger frisson dû peut-être au refroidissement qu'avait amené le transport à travers les couloirs très-froids de l'Hôtel-Dieu; le lendemain survint une toux opiniâtre, avec rhoncus sonores dans toute la poitrine; la température subit des oscillations assez remarquables, variant quelquefois de 3 à 4 degrés du matin au soir d'une même journée, ainsi que cela a été mentionné par Billroth à propos de la pyohémie, et la mort arriva le quinzième jour.

---

(1) Wilson Fox. On the origin, and mode of developpement of the cystic tumours of the ovary. Ched. chir. Transactions. XLVII, 1864.

(2) WALDEYER, die epithelialen Eierstocksgeschwülste insbesondere die Kistome, Archiv. f. Gynaekologie. I, 1870.

Ni cet ensemble symptomatique, ni ce que nous savions des antécédents morbides de notre malade, et ceux-ci avaient été recherchés avec le plus grand soin, ne pouvaient faire soupçonner les lésions que dévoila l'autopsie : une tuberculisation des organes génitaux et des poumons. En effet, nous n'avions constaté durant la vie aucun trouble du côté du poumon ni du côté de l'utérus. La respiration s'entendait également bien des deux côtés; le toucher vaginal montrait le col absolument sain. Une seule fois cependant cette malade avait ressenti quelques douleurs du côté de la matrice, accompagnées d'un peu de leucorrhée, et elle était entrée à Necker dans le service de M. Desormeaux ; il y a de cela plusieurs années. M. Desormeaux la cautérisa plusieurs fois, prescrivit des toniques et la renvoya avec une ceinture hypogastrique.

Depuis, il n'y eut aucune manifestation morbide de ce côté-là. Ajoutons enfin que les règles s'étaient supprimées depuis assez longtemps déjà.

L'autopsie, montre les poumons unis dans toute leur étendue avec les parois thoraciques et la face supérieure du diaphragme, par des adhérences très-serrées et déjà anciennes. La cavité pleurale n'existe plus. Les sommets sont indurés, farcis de granulations grises. Il existe en outre des lésions de bronchite, jusque dans les ramifications d'assez fin calibre.

Mais les particularités de beaucoup les plus intéressantes se voient du côté de la cavité abdominale. La face supérieure du foie est réunie au diaphragme dans toute son étendue. Il existe aussi des adhérences fines et serrées unissant des anses intestinales, soit à des anses voisines, soit aux parois de l'abdomen ; traces non équivoques de péritonites anciennes. L'utérus occupe sa situation normale; son volume n'est pas augmenté. Son bord droit est séparé par un sillon peu profond d'une tumeur molle, grosse comme le poing, distendue par un liquide louche, dans lequel le microscope fait découvrir de nombreux globules de pus. Les angles droit et gauche sont occupés par deux tumeurs demi-molles, irrégulières, formées de plusieurs éléments, de couleur jaunâtre, et débordant légèrement sa face postérieure, contre laquelle elles sont appliquées par des adhérences. De

son sommet semble partir un cordon volumineux, aplati, donnant bientôt naissance à deux cordons secondaires, de volumes différents, et qui vont se fixer, celui de droite à la face inférieure du foie, celui de gauche un peu plus bas, sur les parties latérales de la colonne vertébrale. Enfin, dans les interstices qui séparent les lobules de ces différentes tumeurs, se voient de petites masses jaunâtres, assez régulièrement arrondies, de matière caséeuse.

Voilà ce que montre la simple inspection, mais ajoutons tout de suite que ces rapports ne sont qu'apparents, et que les deux tumeurs qui occupent les angles de l'utérus ne sont point formées aux dépens de son tissu, qu'elles sont simplement appliquées contre sa face postérieure et constituées par les trompes malades, qui ont tourné autour de lui comme autour d'un pivot, en entraînant dans leur mouvement les ovaires; de telle sorte que leur face antérieure est devenue postérieure, et réciproquement.

Si, en effet, nous divisons les adhérences qui appliquent les trompes et les ovaires contre la face postérieure de l'utérus, il nous est facile de ramener ceux-ci dans leur position normale; ce mouvement de rotation devient alors parfaitement évident. Nous isolons ainsi deux tumeurs situées dans l'épaisseur du ligament large, mais qui se présentent à droite et à gauche avec des caractères bien différents. A droite, c'est d'abord un kyste, contenant à peu près 200 grammes de liquide; mais, dans l'épaisseur de ses parois, se voit une masse assez irrégulière, formée de deux parties. En haut, c'est une grosse masse demi-molle, assez régulière, ovoïde, de couleur jaunâtre, analogue, par sa forme aussi bien qu'à la coupe, aux ganglions tuberculeux. Peut-être est-ce le pavillon de la trompe remplie de matière caséeuse. En bas, au contraire, c'est une petite masse dure, assez régulière, sur la surface de laquelle proémine un petit kyste en voie de formation, de la grosseur d'une tête d'épingle : c'est certainement l'ovaire. Entre ces deux masses, et les reliant entre elles, se voit un cordon, de la grosseur d'un manche de porte-plume, assez dur et formant des sinuosités à la manière d'une S. Son extrémité se fixe sur

l'angle de l'utérus. Ce cordon est évidemment la trompe, mais une trompe malade, et remplie de matière caséeuse. Une incision transversale fait voir en effet que ce cordon est pourvu d'un petit orifice, et qu'il est possible d'y engager un stylet. La pression fait suinter une matière puriforme, jaunâtre, qui n'est autre que la matière caséeuse

A gauche, à part les kystes qui n'existent point de ce côté, nous voyons que les altérations portent en somme sur les mêmes éléments, que la forme seule est modifiée. L'ovaire est sain, ainsi que le petit ligament qui le relie à l'utérus. La trompe a été tellement modifiée par le processus pathologique, qu'il serait absolument impossible de reconnaître sa position ou sa structure primitive dans cette espèce de masse irrégulière, bosselée, présentant ici des renflements, là des étranglements, se recourbant derrière la face postérieure de l'utérus, et aussi à sa partie moyenne, se coudant brusquement à angle droit, pour se prolonger en haut sous forme d'un cordon aplati et donner naissance à deux cordons secondaires, non moins bosselés, non moins irréguliers, et qui vont, ainsi que je l'ai dit au début, se fixer sur la face inférieure du foie et les parties latérales de la colonne lombaire. Sa nature ne saurait cependant faire l'objet d'aucun doute, c'est bien la trompe que nous avons sous les yeux, mais considérablement déformée par la matière caséeuse qui distend ses parois.

L'utérus est, lui aussi, envahi par la tuberculisation. Une incision montre sa cavité entièrement remplie par de la matière caséeuse. Le fait est assez rare. Dans les divers cas de tuberculisation présentés à la Société anatomique, les lésions portaient plus spécialement sur les trompes; la cavité utérine était à peu près indemne.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS, ENVISAGÉES PRINCIPALEMENT AU POINT DE VUE DE LA GASTROTOMIE.

Depuis que l'ovariotomie a pris définitivement place dans le domaine de la chirurgie, on s'est demandé tout naturellement s'il ne serait pas rationnel de pratiquer la gastrotomie dans certains cas de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Des travaux importants ont été publiés depuis peu de temps sur ce sujet. Nous nous proposons de les passer en revue, afin de grouper les faits, et d'en tirer les déductions qu'ils comportent.

Notre intention n'est pas de faire à propos de ces divers travaux une étude complète des tumeurs fibreuses de l'utérus, nous ne rappellerons que les faits indispensables à l'étude que nous poursuivons ; nous aurons surtout en vue les travaux de Kœberlé (1), de Boinet (2), de Péan et Urdy (3), de Guéniot (4),

Nous diviserons notre étude en deux parties. Dans la première, nous passerons en revue, avec les auteurs que nous venons de citer, quelques-unes des particularités de ces tumeurs intéressantes à connaître au point de vue qui nous occupe; dans la seconde, nous nous demanderons si la gastrotomie doit être faite en vue de leur ablation, et dans le cas d'affirmative, dans quelles conditions elle doit être tentée.

(1) Kœberlé. Observation adressée à l'Académie de médecine en 1869.

(2) Boinet. De la gastrotomie dans le cas de tumeurs fibreuses interstitielles, périutérines et dans les tumeurs dites fibro-cystiques. (Mémoire présenté à l'Académie de médecine en 1872. In *Gazette hebdom*. 1873.)

(3) Péan et Urdy. Hystérotomie, 1873.

(4) Guéniot. Sur la guérison des tumeurs fibreuses de l'utérus par résorption. (Mémoire lu à l'Académie de médecine. *Gazette des hôp.*, 1872, p. 244.) — Obstruction intestinale causée en deux points par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. (Rapport à la Société de chirurgie. *Gazette des hôpitaux*, 1873, p. 1197.)

Les tumeurs fibreuses de l'utérus, désignées sous des noms variables, tels que *fibrômes, myômes, hystéromes, liomyômes* sont, quelle que soit la désignation employée, des productions néoplasiques, constituées, au point de vue histologique, par des fibres musculaires lisses à noyaux allongés, enchevêtrées dans toutes les directions et réunies par du tissu conjonctif.

Laissant de côté la question de savoir sous quelles influences étiologiques cette production se développe, nous pouvons remarquer qu'elles se rencontrent le plus souvent entre 20 et 40 ans, c'est-à-dire pendant la période d'activité sexuelle de la femme.

Le volume de ces tumeurs est essentiellement variable, quelques-unes ne dépassent pas le volume d'un pois, tandis que d'autres peuvent acquérir le volume d'une tête de fœtus et même d'adulte. Entre ces deux dimensions extrêmes, nous pouvons trouver tous les intermédiaires possibles. Le poids de ces tumeurs est nécessairement en rapport avec leur volume, les plus petites ne peuvent pas dépasser quelques grammes, les plus grosses, au contraire, peuvent peser jusqu'à 15 et 20 kilogrammes.

Ces tumeurs, ordinairement peu vasculaires, peuvent cependant, dans quelques cas, être pourvues de vaisseaux nombreux. Cette vascularisation s'observe principalement lorsque la tumeur a contracté des adhérences avec les organes voisins.

Les tumeurs fibreuses sont susceptibles de subir certaines transformations qu'il importe de connaître. Tantôt elles subissent la transformation graisseuse, ou se ramollissent à leur centre de façon à donner naissance à un liquide dont les caractères physiques ressemblent à ceux du pus; dans d'autres cas, il se fait dans l'épaisseur de leur tissu un épanchement de lipuide roussâtre (transformation œdémateuse), ou bien elles s'incrustent de matière calcaire (transformation calcaire). Cette incrustation calcaire, considérée autrefois comme une transformation osseuse, vient d'être mise hors de doute, par M. Hénocque (1), sur une pièce recueillie par Amussat, en 1829. La

(1) A. HENOCQUE. *Archives de physiologie*, n° 4, 1873.

pièce dont il s'agit, fut examinée après décalcification dans l'acide chlorhydrique ou l'acide azotique. Des coupes minces de la tumeur, avant la décalcification, ne permettaient de distinguer que des masses granuleuses ; tandis qu'après la décalcification, ces coupes permettaient de constater l'existence de faisceaux, présentant des fibres longitudinales, en tout semblables aux fibres musculaires lisses de l'utérus.

Cette démonstration était importante à faire, car elle indique nettement que la tumeur ainsi transformée est bien le résultat d'un dépôt de matière calcaire dans l'épaisseur de ses fibres et non d'une transformation osseuse.

Dans certains cas, la tumeur contient dans son épaisseur un certain nombre de loges ou cavités remplies d'un liquide séro-muqueux ou sanguinolent : d'où le nom de tumeurs fibro-cystiques qu'on leur a donné, ou de corps fibreux à géodes qui leur a été assigné par Cruveilhier.

Bien que la définition que nous venons de donner de ces tumeurs fibro-cystiques semble ne devoir donner lieu à aucune contestation, on n'est cependant pas d'accord sur ce qu'on doit désigner sous ce nom. M. Boinet pense qu'un grand nombre d'auteurs ont décrit comme tumeurs fibro-cystiques, des kystes multiloculaires plus ou moins adhérents.

« Un seul argument suffirait, dit M. Joulin, pour démontrer l'inexactitude de cette hypothèse de M. Boinet, c'est qu'on rencontre des tumeurs fibro-cystiques de l'utérus, chez des femmes qui ne présentent *aucune altération* des ovaires. Pour mon compte, j'ai assisté à deux opérations de cette nature. (1) »

Il semble cependant que l'existence des tumeurs fibro-cystiques ne puisse être revoquée en doute, car elle a été observée par un grand nombre de chirurgiens. B. Brown, Demarquay, Kœberlé, Spencer-Wells, Péan et Urdy, ont rencontré cette forme de tumeur qu'ils décrivent avec le plus grand soin et qu'il est impossible de confondre avec un kyste de l'ovaire.

MM. Péan et Urdy décrivent ces tumeurs comme compo-

(1) Joulin. De la gastrotomie dans les tumeurs fibreuses interstitielles. (*Gazette de Joulin*, 1873.)

sées de deux parties : l'une fibreuse, l'autre cystique. Voici d'après ces derniers auteurs le mode de production de ces tumeurs. Il existe tout d'abord un corps fibreux plus ou moins dense ; puis, par un processus qui n'est pas encore bien connu, il se creuse de cavités irrégulières, anfractueuses, et la tumeur fibro-cystique se trouve constituée.

Le siége de ces tumeurs par rapport aux parois utérines est variable. Dans certains cas elles proéminent dans l'intérieur de la cavité utérine et sont désignées sous le nom de tumeurs fibreuses *intra-utérines*. Ce sont ces tumeurs qui venant à se pédiculiser constituent les polypes utérins. Ces tumeurs ne présentant pas d'intérêt au point de vue de la gastrotomie, nous n'en ferons pas une plus longue mention, nous réservant d'en faire l'étude dans un autre travail.

D'autres fois, les tumeurs fibreuses sont contenues dans l'épaisseur de la paroi utérine ; elles sont alors désignées sous le nom de tumeurs *interstitielles*; enfin, elles peuvent proéminer du côté de la cavité abdominale, et constituer alors la variété décrite sous le nom de *sous-péritonéale*. Ces dernières tumeurs sont sessiles ou pédiculées.

Un des caractères importants des tumeurs interstitielles, c'est d'être plongées dans une atmosphère celluleuse qui les isole pour ainsi dire du tissu utérin, et dans laquelle viennent se ramifier les vaisseaux servant à leur nutrition ; cette atmosphère celluleuse facilite l'énucléation spontanée de ces tumeurs et nous explique leur migration dans l'épaisseur du tissu utérin, soit vers la cavité utérine, soit vers la cavité abdominale.

Les tumeurs qui siégent dans l'épaisseur du col ont une grande tendance à se diriger vers l'une ou l'autre lèvre du museau de tanche et à venir faire saillie du côté de la cavité vaginale ; ou bien elles restent logées dans l'épaisseur de l'une ou l'autre lèvre. Dans une pièce présentée à la Société anatomique dans la séance du 6 février 1874, par M. Rigabert et recueillie dans le service de M. Polaillon, une tumeur du volume d'une pomme d'api, siégeait dans l'épaisseur de la lèvre antérieure. Cette pièce avait été recueillie chez une femme accou-

chée spontanément quelques jours auparavant d'un enfant à terme et morte de métro-péritonite quelques jours plus tard.

Ce siége différent des tumeurs fibreuses présente un grand intérêt au point de vue de la gastrotomie, car, tandis qu'une tumeur pédiculée sous-péritonéale peut être facilement enlevée sans exposer à des accidents plus sérieux que ceux qui résultent de l'ovariotòmie, une tumeur fibreuse interstitielle, au contraire, expose à des dangers bien plus grands, et l'opération ne sera plus pratiquable si la tumeur est intra-utérine ou si elle siége dans l'épaisseur du col.

Les ovaires sont aussi parfois le siége de tumeurs fibreuses en tous points semblables à celles que nous venons de décrire du côté de l'utérus; le plus souvent même, ces tumeurs des ovaires, quand elles existent, s'accompagnent de tumeurs de même nature du côté de la matrice.

Le développement des tumeurs fibreuses de l'utérus est en général assez lent, il faut des mois ou des années pour qu'elles puissent acquérir une dimension un peu considérable. Quelquefois après avoir graduellement augmenté de volume pendant un certain temps, il n'est pas très-rare de les voir rester stationnaires. Elles seraient même dans certains cas susceptibles de s'atrophier et de disparaître. Cette résorption considérée comme très-rare par la plupart des auteurs et même revoquée en doute par le plus grand nombre serait cependant certaine pour M. Guéniot.

Cet auteur a publié à ce sujet un mémoire très-intéressant dont je crois nécessaire de rappeler les conclusions :

« La guérison par résorption de certaines tumeurs fibroïdes de l'utérus, dit-il, doit être désormais regardée comme une vérité définitivement acquise. L'observation relatée dans mon travail et les cas authentiques qui s'y trouvent rapportés ne permettent plus aucun doute sur la réalité d'une telle terminaison.

« Le mode de disparition des tumeurs est même susceptible d'une solution rapide. Quelques mois ont suffi, dans divers cas, à la résorption de myômes très-volumineux.

« Dans les faits jusqu'ici connus, la résorption s'est opérée

pendant la période d'activité des fonctions génitales; mais l'état puerpéral n'a exercé que très-exceptionnellement une influence évidente.

« Les myômes utérins peuvent disparaître encore, sans opération chirurgicale, de deux autres manières, soit par expulsion spontanée, soit par destruction gangréneuse ou suppuration. Mais la disparition par résorption est la seule qui soit complètement exempte de dangers et toujours suivie de guérison; c'est elle, par conséquent, qu'il convient surtout de provoquer.

« Quoique les essais tentés dans ce but aient été jusqu'ici presque complètement nuls ou douteux dans leurs résultats, certains faits cependant autorisent à penser que la thérapeutique, sur ce point, est en voie de progrès.

« Autant qu'il est permis d'en juger par analogie, les myômes utérins pour être susceptibles de résorption doivent subir au préalable l'altération graisseuse de leur masse.

« Enfin d'après cette donnée de physiologie pathologique, l'emploi des substances réputées stéatogènes, comme l'arsenic, le phosphore, le plomb, etc., semble particulièrement indiqué pour obtenir un pareil résultat (1). »

Sans nier la possibilité de cette disparition des tumeurs fibreuses par résorption, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître qu'elle est excessivement rare. Mais, il est assez commun d'observer l'arrêt de leur développement, surtout quand les femmes sont arrivées à la ménopause; on voit assez souvent des tumeurs sous-péritonéales rester stationnaires et les malades auparavant incommodées par des métrorrhagies fréquentes et des douleurs intenses revenir à la santé et conserver une tumeur même volumineuse sans éprouver d'autre gêne que celle qui résulte de son volume ou de son poids.

Cette marche et ce peu de gravité de la maladie dans un certain nombre de cas sont importants à noter, car ils doivent rendre très-réservé dans l'opération de la gastrotomie.

---

(1) Guéniot. Sur la guérison par résorption des tumeurs dites fibreuses de l'utérus. (Mémoire lu à l'Académie de médecine, *Gazette des hôp.*, 1873, p. 244.)

Nous n'étudierons pas ici les symptômes fonctionnels ou physiques fournis par ces tumeurs ; ces symptômes sont suffisamment connus de tout le monde, pour que nous croyions inutile de les passer en revue. Nous n'examinerons que leurs complications, qui seules ont de l'intérêt, puisque ce sont elles qui doivent déterminer le chirurgien à intervenir.

Une des complications fréquentes des tumeurs fibreuses de l'utérus, c'est l'*ascite*. La quantité de liquide ainsi épanchée dans le péritoine est très-variable. Tantôt elle ne dépasse pas 200 ou 300 grammes, dans d'autres cas au contraire elle est de 15 et 20 litres. Dans ce second cas, l'abondance du liquide épanché dans l'abdomen, détermine des accidents sérieux : l'estomac est comprimé, les digestions se troublent ; il survient même le plus souvent des vomissements ; le diaphragme est refoulé, et la respiration gênée.

J'ai observé dernièrement une malade, âgée de 33 ans, atteinte d'un corps fibreux interstitiel du volume des deux poings, qui présente cette complication, et qu'il est nécessaire de ponctionner tous les dix-huit ou vingt jours. Le liquide retiré à chaque ponction est de couleur citrine, de consistance huileuse, et se coagule par la chaleur, et l'acide nitrique. La quantité évacuée à chaque opération varie de 8 à 10 litres. La malade en est à sa centième ponction, l'état général est bon, l'appétit est conservé. Cette personne qui donne des leçons de piano, n'est obligée d'interrompre ses occupations que le jour de la ponction et le lendemain.

Cette complication qui certes est très-redoutable n'est point cependant incompatible avec la vie, comme le prouve le fait précédent ; mais il faut bien reconnaître qu'on ne peut ainsi retirer impunément de l'économie, à des intervalles de temps rapprochés, une aussi grande quantité de liquide ascitique, et que tôt ou tard, la malade doit nécessairement s'affaiblir et finir par succomber dans le marasme.

Une autre complication des tumeurs fibreuses que nous devons signaler, c'est l'étranglement de l'intestin par la pression qu'exerce sur lui la tumeur.

M. M. Sée, dans une conversation particulière, a dit qu'il

avait eu deux fois l'occasion de constater des symptômes d'étranglement interne chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses de l'utérus.

Un fait d'obstruction intestinale, déterminée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires, et rapporté par M. de Boyer (1), a été le sujet d'un rapport de M. Guéniot à la Société de chirurgie. Voici le résumé de cette observation.

La malade, âgée de 38 ans, se présenta le 25 octobre dans le service de M. Bouillaud avec des symptômes d'étranglement intestinal. Dans l'aine droite, et descendant jusque dans la grande lèvre, on trouve une tumeur oblongue à grand diamètre parallèle au trajet inguinal formée de deux parties, l'une fluctuante, située près de l'anneau superficiel, et l'autre dure et bosselée, occupant l'épaisseur de la grande lèvre; ni l'une ni l'autre ne sont réductibles, elles sont indolores, donnent un son mat à la percussion, et ne paraissent pas se prolonger dans la cavité abdominale; à l'autopsie, cette tumeur fut reconnue pour être constituée par une hydropisie enkystée du canal de Nuck (?) et par une masse fibreuse dure, semblable aux tumeurs fibreuses que nous allons d'écrire.

La palpation abdominale permet de constater l'existence d'une tumeur, située au-dessus des pubis qui ne disparaît pas par le cathétérisme vésical; au toucher vaginal, on trouve les culs-de-sac comblés par une masse dure et bosselée. L'absence d'hémorrhagies, de suintement ichoreux et de cachexie cancéreuse fait rejeter l'hypothèse d'un carcinôme utérin, et l'on s'arrête au diagnostic de fibroïdes sous-péritonéaux de la matrice comprimant l'intestin.

La mort survenue peu de temps après, permet de constater l'existence d'une péritonite récente, une distension considérable de l'intestin par les gaz et de reconnaître qu'il existe une compression du rectum et du cæcum produite par des tumeurs qui

---

(1) De Boyer. Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs fibreuses des deux ovaires. (Observation adressée à la Société de chirurgie. — Rapport de M. Guéniot, séance du 26 novembre 1873. In *Gazette des hôp.*, 1873, p. 1197.)

appartiennent aux ovaires et qui sont au nombre de deux; celle de l'ovaire gauche présente le volume d'une tête d'adolescent, et est formée d'un tissu dur, calcifié, renfermant plusieurs kystes dont le plus gros contient environ 300 grammes de liquide citrin. La seconde tumeur formée par l'ovaire gauche dégénéré, du volume d'un œuf de dinde, est sous-jacente à l'utérus et à la tumeur de l'ovaire gauche, elle ne renferme pas de kyste; son tissu compacte, dur, calcifié, rappelle celui d'un enchondrôme. Elle comprime le rectum.

L'existence d'une tumeur fibreuse ou fibro-cystique étant admise, nous devons rechercher quels sont les rapports de la tumeur avec l'utérus. La mobilité de la tumeur, sa situation élevée, la mobilité de l'utérus qui n'est point enclavé dans le petit bassin, laissent supposer que l'on a affaire à une tumenr pédiculée ou ayant son point d'implantation sur l'ovaire ; au contraire, l'enclavement de l'utérus dans le bassin, l'existence d'une tumeur faisant corps avec l'utérus, ce que l'on constate par le toucher vaginal, combiné avec la palpation abdominale, ou par le toucher rectal, permettent de supposer que l'on a affaire à une tumeur interstitielle ; « mais comment reconnaître, disent MM. Péan et Urdy, le point d'implantation du pédicule, sa largeur ou bien encore la couche de tissu sain qui le sépare de la cavité péritonéale ? Nous devons avouer qu'une telle précision dans le diagnostic est impossible. »

Maintenant que nous avons étudié ces tumeurs à un point de vue général, nous devons nous demander si la gastrotomie dans le but d'extirper les tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, est une opération qui doive entrer définitivement dans le domaine de la chirurgie pratique.

Nous nous trouvons en face de deux opinions assez opposées. Les uns avec Kœberlé, Sp. Wells, Péan, Graily Hewit regardent la gastrotomie, comme devant être pratiquée dans un certain nombre de cas de tumeurs fibreuses, les autres, avec Boinet, Courty, Simpson, West, la condamnent comme donnant des résultats déplorables.

M. Boinet, dans son travail, a eu pour but de montrer: « que l'extirpation des tumeurs fibreuses est une opération dange-

reuse, souvent mortelle ; que les cas rares de succès d'ablation des tumeurs fibreuses avec amputation de la matrice n'autorisent pas à considérer comme une opération régulière ; que cette opération doit être repoussée toutes les fois que la tumeur fibreuse n'est pas pédiculée et surtout lorsqu'il faut enlever la matrice soit en totalité soit en partie..., et que c'est une opération beaucoup plus grave et plus dangereuse que l'ovariotomie. »

MM. Péan et Urdy ne partagent pas cette manière de voir et admettent au contraire que l'ablation partielle et même totale de l'utérus est parfaitement justifiée quand la tumeur fibreuse compromet l'existence du malade par les troubles qu'elle détermine. La statistique que nous trouvons dans leur livre est d'ailleurs bien faite pour nous encourager à recourir à l'opération.

M. Boinet a rassemblé un assez grand nombre de cas de gastrotomie pratiquée chez des femmes atteintes de tumeurs fibreuses; voici le résumé de ces faits.

Dans 14 gastrotomies faites par des chirurgiens, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire, les tumeurs fibreuses, plus ou moins intéressées par le bistouri ou le trocart furent laissées en place et l'opération abandonnée. Malgré cela, 9 femmes se rétablirent, 5 moururent.

Sur 23 cas d'extirpation de tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, la matrice ayant été laissée en place, il y eut 8 guérisons et 15 morts, et ce qui est digne de remarque, dit l'auteur, c'est que les 8 guérisons obtenues appartiennent à des tumeurs pédiculées. Parmi les insuccès, 5 seulement étaient des tumeurs pédiculées, et les autres, au nombre de 10, étaient des tumeurs interstitielles ou sessiles.

Sur un autre relevé du même auteur, comprenant 42 opérations avec amputation de la matrice et ablation de tumeurs fibreuses, il y eut 32 morts et 10 guérisons.

D'après cette statistique, empruntée à M. Boinet, on est porté à considérer l'ablation des tumeurs fibreuses par la gastrotomie comme une témérité à laquelle un chirurgien prudent

ne doit pas recourir; mais les chiffres fournis par MM. Péan et Urdy, sont bien différents des précédents.

Dans un tableau dressé par ces derniers auteurs, lequel comprend 44 cas d'ablation partielle ou totale de l'utérus par la gastrotomie, avec ou sans extirpation des ovaires, on trouve 14 guérisons et 30 morts, soit une proportion de 31,82 pour 100 de guérisons.

Ce tableau, comme ils le font remarquer, se divise en deux périodes, une première comprenant les faits des dix dernières années, et une autre, ceux qui sont antérieurs à ces dix années. Les cas de gastrotomie de la seconde période donnent une proportion de 15 pour 100 de guérisons, tandis que la première période fournit une proportion de 43,83 pour 100 de guérisons.

La proportion des guérisons est aussi minime, selon la remarque de ces auteurs, dans la seconde période, à cause de l'imperfection du manuel opératoire employé.

MM. Péan et Urdy, dans l'espace de 30 mois environ, depuis le mois de septembre 1869 jusqu'en février 1872, ont pratiqué 9 opérations de gastrotomie indifféremment pour des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques et ils ont obtenu 7 guérisons, soit une proportion de 78 pour 100 de guérisons. Les résultats ainsi obtenus par MM. Péan et Urdy sont bien remarquables et sont bien loin de ceux que nous avons trouvés consignés dans le mémoire de M. Boinet et que nous venons d'examiner.

Avant de terminer cette revue, nous croyons utile de mettre en parallèle les conclusions du mémoire de MM. Péan et Urdy, ainsi que celles du travail de M. Boinet et de la commission chargée de faire un rapport sur son mémoire à l'Académie de médecine; puis nous formulerons les conclusions qui nous paraissent ressortir des travaux que nous venons de passer en revue.

Selon M. Boinet: « La gastrotomie, appliquée à l'extirpation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques, ne doit point être faite pour enlever des tumeurs compatibles avec la vie.

« L'ablation des tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de l'utérus, volumineuses, ayant contracté des adhérences avec les viscères intérieurs ou la cavité du bassin, nécessitant l'ablation

de l'utérus et des ligaments larges, doit être rejetée à cause de sa gravité et de la mort presque fatale qui en est la conséquence, par la spoliation sanguine considérable de toute l'économie ou choc inséparable de cette grave opération.

« Toutefois, le diagnostic des tumeurs utérines et ovariques est tellement difficile dans certains cas, que le chirurgien peut être amené à pratiquer la gastrotomie, croyant avoir affaire à un kyste ovarique, et qu'il tombe sur une tumeur fibro-cystique de l'utérus. Dans ce cas, si la tumeur est pédiculée, ou si elle peut l'être, si elle n'a contracté aucune adhérence grave avec les parties voisines, si elle peut être enlevée avec un segment de la matrice, le chirurgien, malgré la gravité du cas, doit achever son opération. »

Des faits exposés dans leur travail, MM. Péan et Urdy tirent les conclusions suivantes, qui diffèrent assez sensiblement des précédentes :

« 1° Les tumeurs fibreuses ou fibro-cystiques de la matrice, arrivées à un certain degré de développement, peuvent déterminer des accidents graves capables d'entraîner fatalement, dans un délai plus ou moins rapproché, la mort de la femme qui en est atteinte. Dans ces circonstances, le chirurgien a non-seulement le droit, mais encore le devoir de pratiquer la gastrotomie.

« 2° Si les connexions de la tumeur avec la matrice sont tant soit peu intimes, il vaut mieux faire l'amputation sus-vaginale du corps de l'utérus, sans se préoccuper de conserver les ovaires, que de chercher à énucléer la tumeur tout en respectant les organes génitaux. »

Ainsi, pour M. Boinet, la gastrotomie pratiquée en vue de l'ablation des tumeurs fibreuses et fibro-cystiques ne doit jamais être tentée de propos délibéré, elle ne doit être pratiquée que dans le cas où le chirurgien, croyant avoir affaire à un kyste de l'ovaire et ayant pratiqué l'ouverture de l'abdomen, se trouve tout à coup en face d'une tumeur fibreuse qu'il avait méconnue.

MM. Péan et Urdy, au contraire, admettent que l'opération peut être tentée lorsque l'on sait parfaitement que l'on a devant

soi une tumeur fibreuse, mais seulement dans le cas où cette tumeur n'est pas compatible avec l'existence.

Cette dernière manière de voir nous semble très-acceptable, et nous pensons qu'on ne doit pas se refuser à pratiquer la gastronomie, chez une malade atteinte de tumeur fibreuse, soit interstitielle, soit péri-utérine, devant entraîner fatalement la mort dans un espace de temps plus ou moins rapproché, et qu'on ne doit pas se hâter de condamner une opération qui a donné de si heureux résultats entre les mains de MM. Péan et Urdy.

A. Leblond.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Obstruction intestinale causée en deux points différents par des tumeurs des deux ovaires. — M. Guéniot fait le rapport suivant sur une observation adressée à la Société par M. Henry de Boyer, externe à l'hôpital de la Charité, et intitulée : *Obstruction intestinale causée, en deux points différents, par des tumeurs fibreuses des deux ovaires.*

Il y a quelques semaines, j'avais l'honneur d'entretenir la Société d'un mémoire de M. Faucon (d'Amiens), relatif à l'obstruction intestinale que déterminent parfois les fibroïdes utérins. Aujourd'hui, c'est d'un fait analogue que je viens brièvement vous rendre compte. La relation nous en a été envoyée par un externe laborieux des hôpitaux, M. Henry de Boyer. Voici les principaux détails contenus dans cette observation :

Une femme de 38 ans entre, le 26 octobre dernier, avec des symptômes d'étranglement intestinal, dans le service de M. le professeur Bouillaud, alors suppléé par M. Bouchard. Son ventre est ballonné, douloureux, brûlant; elle vomit des matières porracées et, depuis quatre jours, elle n'a pu obtenir d'évacuation par le rectum. Ces accidents se sont produits graduellement; de longue date, la malade avait des alternatives de constipation et de diarrhée.

A l'examen de cette femme, on reconnaît, dans l'aine droite et descendant jusqu'à la grande lèvre, une tumeur oblongue, à grand diamètre parallèle au trajet inguinal. Cette tumeur est formée de deux

parties : l'une fluctuante, située près de l'anneau superficiel, et l'autre, à la fois dure et bosselée, occupant l'épaisseur de la grande lèvre. Ni l'une ni l'autre ne sont réductibles; elles sont indolores, donnent un son mat à la percussion et ne participent pas à la température surélevée de l'abdomen. Enfin, elles ne paraissent pas avoir de prolongement jusque dans la cavité du ventre. Aussi, rejette-t-on l'idée d'une hernie, et l'on admet que la cause des accidents d'obstruction doit résider plus haut.

En palpant l'abdomen, on découvre, en effet, l'existence d'une tumeur volumineuse, située au-dessus des pubis, tumeur que le cathétérisme vésical ne fait point disparaître. A l'aide du toucher, on trouve que les culs-de-sac vaginaux sont comblés par une masse dure et bosselée, que l'ampoule rectale est très-dilatée et, qu'au-dessus d'elle, l'intestin est complètement aplati par une tumeur.

L'absence d'hémorrhagie, de suintement ichoreux et de cachexie cancéreuse fait rejeter l'hypothèse d'un carcinôme utérin. On croit plutôt qu'il s'agit de fibroïdes sous-péritoneaux de la matrice que causent, par la compression de l'intestin, les phénomènes actuels d'étranglement.

La malade est, d'ailleurs, à toute extrémité; on s'abstient d'une intervention active, et elle succombe le jour même de son entrée à l'hôpital.

L'autopsie, faite avec beaucoup de soin, permet de constater les lésions suivantes :

Péritonite récente, surtout accusée dans les régions inférieures de l'abdomen; distension énorme du gros intestin par des gaz, d'où refoulement du foie, du diaphragme et de l'intestin grêle; compression du cæcum et du rectum par des tumeurs qui aplatissent ces deux portions de l'intestin en effaçant complètement leur calibre.

Les tumeurs dont il s'agit appartiennent aux ovaires; elles sont au nombre de deux :

L'une (celle de l'ovaire gauche) offre le volume d'une tête d'adolescent; elle est formée d'un tissu dur, calcifié, et renfermant plusieurs kystes dont le plus gros contient environ 300 grammes de liquide citrin. Elle comprime, par sa face profonde, le cæcum qui se trouve comme écrasé sous cette masse; elle pèse, en outre, sur l'utérus, sur l'ovaire droit et sur la vessie, qu'elle refoule sous les pubis.

La seconde tumeur, formée par l'ovaire gauche dégénéré, est sous-jacente à l'utérus et à la tumeur de l'ovaire gauche. Du volume d'un œuf de dinde, elle ne renferme pas de kyste; son tissu est compacte, très-dur, calcifié et d'un aspect bosselé qui rappelle celui de certains enchondrômes. Appliqué contre le sacrum et maintenu par la pression de la tumeur ovarique gauche, elle efface complètement le calibre du rectum.

Les deux tumeurs ovariennes n'adhèrent, du reste, à la matrice que par de longs pédicules; et, nulle autre part, elles ne présentent de liens qui les rattachent à quelque organe. L'examen microscopique, pratiqué par M. Ranvier, montre qu'elles sont exclusivement composées de faisceaux fibreux pénétrés d'incrustations calcaires.

Enfin, la tumeur de l'aine droite est constituée par une hydropisie ou kyste du canal de Nuck (?) et par une masse fibreuse; dure, calcifiée, en tout semblable aux tumeurs des ovaires.

Tel est, en substance, le fait relaté par M. de Boyer. Comme on voit, l'obstruction existait en deux points : au niveau du cæcum et sur la portion originelle du rectum. Le gros intestin, presque tout entier, se trouvait ainsi isolé du reste de la masse intestinale. L'aplatissement du rectum par la tumeur intra-pelvienne était, il est vrai, plus complet que celui du cæcum par la grosse tumeur. Mais cet exemple ne démontre pas moins que la compression peut siéger sur un point plus élevé que le rectum, et avoir pour agent une tumeur de la grande cavité abdominale.

La mort, dans ce cas, paraît avoir été causée autant par la péritonite que par les phénomènes dus à l'obstruction. Les tumeurs, au contraire, ne semblent avoir exercé sur ce résultat qu'une influence indirecte et toute mécanique. La mobilité dont elles étaient douées eût-elle pu justifier des tentatives d'extirpation? Assurément non, dans les circonstances où se présente la malade. Mais, en admettant chez celle-ci un état général meilleur en même temps que la possibilité d'un diagnostic précis, l'opération eût trouvé alors son indication légitime; malheureusement la précision du diagnostic constitue, pour ces cas, un *desideratum* qui paraît être loin encore d'une bonne solution.

Cependant, si l'on se rappelle : 1° que, dans un fait analogue au précédent, M. Duchaussoy put refouler avec succès la tumeur qui aplatissait le rectum; 2° que, dans un cas rapporté par M. Herrgott, il suffit, pendant l'autopsie, de passer, de bas en haut, la main entre le sacrum et la tumeur pour déplacer cette dernière — alors que, sur le vivant, le chirurgien n'avait pu l'extirper par la gastrotomie —; 3° enfin que, dans l'observation de M. de Boyer, la longueur des pédicules et le défaut d'adhérence des tumeurs rendaient celles-ci très-mobilisables; si, dis-je, on se remet en mémoire ces différents cas, on comprendra aisément combien il peut être avantageux de tenter le refoulement de ces masses compressives au-dessus du petit bassin. Mais, pour rendre la manœuvre fructueuse, il me paraît très-utile, sinon nécessaire, de placer la femme dans une attitude telle que tous les viscères abdominaux soient sollicités vers le diaphragme, résultat que l'on obtient par la situation renversée (tête en bas et siége en haut). Séance du 26 novembre 1873, *Gaz. des hopitaux.*)

Grossesse extra-utérine. — Gastrotomie. — Mort. — M. Depaul présente à la Société les pièces anatomiques, provenant de l'autopsie d'une femme, chez laquelle il avait pratiqué la gastrotomie.

Voici l'observation : il s'agit, dit M. Depaul, d'une femme de 32 ans, mariée récemment et ayant toujours eu une conduite parfaitement régulière.

Elle vit une fois ses règles après son mariage, en décembre 1872 ; à partir de cette époque, elle présenta quelques phénomènes de grossesse, et aussi une sorte de mélancolie. Assistant quelque temps après à un mariage, elle tomba en dansant et ressentit dans le ventre une secousse, ce qui l'obligea à garder le lit. Le ventre grossit régulièrement, mais arrivée au terme présumé de la grossesse, elle n'accoucha pas.

Bientôt survinrent dans le ventre des douleurs vives, offrant le caractère péritonéal, et c'est alors que je fus mandé auprès d'elle par notre confrère le Dr Aubrun, le 10 novembre dernier.

La fièvre était intense, le ventre modérément développé, mais fort douloureux à la pression, ce qui rendait l'exploration difficile. — Je sentis à l'ombilic une masse molle, fluctuante et saisis manifestement la sensation du ballottement abdominal. — Le col était ramolli entr'ouvert et pouvait recevoir la première phalange. Je ne crus pas devoir pratiquer le cathétérisme pour mesurer la hauteur de l'utérus ; — les seins étaient développés et contenaient du lait. Mon impression fut que cette malade avait une grossesse extra-utérine. — Je l'engageai à venir dans mon service de la clinique, ce qu'elle fit le soir même. Pendant quinze jours, la fièvre et les vomissements, s'opposèrent à un examen complet ; cependant nos collègues, MM. Blot, Tarnier et Guéniot étaient comme moi d'avis qu'il s'agissait très-probablement d'une grossesse extra-utérine. — Le ventre augmenta, il devint dur, tendu, extrêmement douloureux. — Quinze jours après son entrée à l'hôpital, je me décidai à pratiquer une ponction exploratrice avec l'appareil de Potain. — Je retirai cinq litres de matière purulente, et la malade en retira un soulagement très-notable. Enhardi par ce résultat, je me décidai le 2 décembre, à pratiquer la gastrotomie, sans avoir la certitude absolue d'avoir affaire à une grossesse extra-utérine, ce dont je prévins tout d'abord l'assistance. J'ouvris la cavité abdominale du pubis à l'ombilic, il sortit une grande quantité de pus, et nous fûmes bientôt tous soulagés d'un grand poids en apercevant un bras : c'était le bras droit ; l'épaule se présenta ensuite, et ne pouvant faire la version, je coupai le cou ; le cordon fut ensuite sectionné. — Quant au placenta, après quelques tractions légères, sentant de vives résistances, je pris le parti de le laisser dans la cavité abdominale.

Les suites de l'opération furent extrêmement favorables : tous les

accidents disparurent et nous pûmes un instant espérer la guérison.

Ce que nous redoutions surtout, l'infection putride fut énergiquement combattu par les lavages et le permanganate de potasse.

Tout allait donc très-bien, lorsque le mardi matin 14, quinze jours après l'opération, elle fut prise tout à coup d'accidents singuliers.

La sage-femme arriva tout de suite auprès d'elle et trouva le pansement ensanglanté; la malade s'affaiblit subitement et succomba. La mort était le résultat d'une hémorrhagie dans la poche dont nous ne pûmes trouver la source.

Voici les pièces anatomiques : la poche contenant le placenta reposait sur les visoères et y adhérait entièrement. — L'utérus est également adhérent à cette poche et la trompe gauche communique avec sa cavité.

La vessie était enflammée et contenait des urines purulentes.

M. Boinet. La communication de M. Depaul, me rappelle un fait de grossesse extra-utérine où l'hémorrhagie fut presque immédiate après la gastrotomie et amena aussi la mort très-promptement. (séance du 17 décembre 1873. *Gazette des Hôpitaux*).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Circulation maternelle dans le placenta. M. Delore communique à la société le résultat de ses recherches sur ce sujet, et il conclut que le sang de la mère circule dans le placenta.

Ce fait, déjà affirmé par Weber, Kolliker, Turner, Winckler est confimé par ses recherches.

Examiné à l'œil nu, le placenta présente : 1° des orifices vasculaires, les uns à la surface, les autres, à la périphérie. Ceux de la surface s'observent au centre des cotylédons ou plus rarement dans les sillons intercotylédonaires; 2° le sinus circulaire de la dimension du doigt, ou filiforme avec des interruptions nombreuses. A l'intérieur, il est tapissé d'une membrane d'un blanc nacré et présentant des orifices de formes variées le mettant en communication avec l'intérieur du placenta; 3° quand le sinus circulaire fait défaut, il est remplacé par des *orifices en forme de grillage* de 4 millimètres de diamètre à 1 centimètre, et formés d'un tissu fibreux blanc disposé comme une grille; 4° les sinus lacunaires sont périphériques ou centraux, les premiers sont rosés et communiquent avec le sinus circulaire.

Certains placentas sont creusés de sinus nombreux continus avec le sinus circulaire, d'autres fois, la continuité ne peut être constatée.

La trame du placenta est formée de tissu conjonctif qu'envoie le

chorion autour des vaisseaux fœtaux, dans les interstices s'insinuent les cellules de la caduque.

M. Delore conclut que le placenta communique avec le sang veineux des sinus utérins de la mère, parce qu'une injection faite par le sinus circulaire pénètre le placenta tout entier, et qu'il en est de même d'une injection faite par les vaisseaux ombilicaux; parce que le placenta des enfants mort-nés, dont le sang a perdu sa coloration, présente des caillots récents dans son intérieur; parce que toutes les coupes réussies du placenta montrent des villosités en contact avec des globules sanguins; et enfin par la présence de l'épithélium vasculaire dans les sinus placentaires qui est une preuve que le sang les traverse. (Séance du 7 février 1874.)

Sur l'ablation des mamelles chez les animaux par rapport à la fécondation. — Reproduction de la mamelle. — Dans la communication faite à la société, le 20 décembre 1873, M. DE SINETY a signalé ce fait que les femelles de cochon d'Inde, auxquelles il avait extirpé les mamelles, n'avaient pas produit depuis l'opération. Depuis cette époque, sur six femelles soumises à l'observation, cinq ont mis bas et la sixième est pleine. On voit donc que l'absence des mamelles n'a aucune influence sur la triple fonction de fécondation, de gestation et de parturition. Les femelles adultes opérées en septembre étaient, il est vrai, restées stériles pendant trois mois, mais la saison, d'une part, et de l'autre le traumatisme considérable, expliquent facilement ce retard. Pour les jeunes, tout s'est passé comme à l'état normal; on sait, en effet, que c'est à trois ou quatre mois que les cobayes commencent à se reproduire, et les animaux étaient nés en septembre.

Un autre fait intéressant résulte de ces expériences. Sur les quatre cobayes opérées à l'âge de 14 et 18 jours, *la mamelle s'est reproduite en partie*. Elle a de chaque côté environ le quart de ses dimensions normales, on n'y voit ni orifice ni mamelon, sauf pour une seule et d'un seul côté où on trouve un petit tubercule à peine saillant et perforé dont on fait sourdre un peu de lait à la pression. A l'examen histologique, nous avons constaté que la texture de la glande mammaire reproduite était normale. L'étendue considérable de la portion extirpée, en prenant le mamelon pour point de repère, ne permet pas de douter que toute la glande n'ait été enlevée. Mais, tandis que chez les jeunes cobayes l'auteur a vu la mamelle se reproduire partiellement chez les deux femelles adultes qu'il a opérées après une première parturition et qui viennent de mettre bas de nouveau, aucun vestige de la glande mammaire ne peut être constaté aujourd'hui.

Et tous ces nouveau-nés, quoique vigoureux et bien conformés, meurent au bout de quelques jours par privation de l'allaitement; on

sait que le cobaye mange dès la naissance, mais l'allaitement ne lui est pas moins nécessaire.

Sur un très-grand nombre d'animaux, M. de Sinety n'en a pas vu un seul dans ces conditions vivre au delà du sixième jour. Enfin, chez les femelles privées de mamelles, on ne voit pas se produire la glycosurie. Ce qui confirme encore une fois que la grossesse est sans aucune influence sur l'apparition du sucre dans l'urine. Ce phénomène dépend uniquement de la lactation. (Séance du 7 février 1874. *Progrès médical.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Abnormité congénitale du globe oculaire chez un fœtus atteint également d'hydrocéphalie, de bec-de-lièvre et de syndactylie des pieds et des mains. Par E. DUPUY, interne des hôpitaux de Paris.

Ce fœtus provient d'une jeune alsacienne, âgée de 25 ans, primipare, enceinte de huit mois et demi, ne présentant aucun antécédent héréditaire, qui est venue accoucher à la maternité de l'hôpital Cochin, dans le service de M. POLAILLON. L'enfant se présentait par l'épaule; l'évolution spontanée se fit avant même que l'on eût fini les préparatifs de la version; il vint au monde vivant, poussa quelques cris, et vécut 25 minutes environ; il pesait 1,450 gr.

Voici les principaux vices de conformation que présentait ce fœtus:

Membres supérieurs. Main droite, Syndactylie de l'index et du médius; — *main gauche* : Syndactylie des quatre derniers doigts avec atrophie concomitante des phalanges. Certaines phalangettes ne sont représentées que par de petits tubercules ayant l'aspect d'un moluscum pendulum.

Membres inférieurs. Pied droit : Syndactylie complète des deux derniers orteils; — *pied gauche* : Syndactylie membraneuse des deuxième, troisième et quatrième orteils.

Tête : La voûte crânienne présente à sa partie supérieure une encéphalocèle considérable dont l'enveloppe, formée uniquement par les méninges, s'est rompue pendant l'accouchement.

Au niveau de la bosse frontale gauche, le fœtus présente une petite tumeur en forme d'amende qui, à la coupe, présente tous les caractères d'un angiôme.

Globes occulaires. Œil droit : La paupière supérieure est incomplètement développée et ne recouvre qu'imparfaitement le globe de l'œil. La paupière inférieure est normale. La joue, au niveau de l'angle interne de l'œil, se prolonge sur le globe oculaire, et la partie des ligaments vient s'insérer au centre de la cornée. Il en résulte une lan-

guette cutanée, à contours réguliers, aplatie, allant directement de la joue à la cornée.

Œil gauche : Présente une disposition analogue à la précédente. La joue gauche présente une expansion cutanée partant de la partie supérieure et allant s'insérer au centre de la cornée. Une longue bride cutanée, moins large et plus arrondie que les précédentes, part également de la joue gauche pour aller s'insérer sur la membrane d'enveloppe de l'encéphalocèle.

Nez : Complètement aplati et considérablement élargi dans le sens transversal. L'os intermaxillaire, parfaitement libre, n'est fixé que par sa partie supérieure à la cloison des fosses nasales. Il n'existe pas, à proprement parler, de voûte palatine, tant est considérable l'écartement des deux maxillaires supérieurs. La lèvre et le maxillaire inférieurs sont normaux.

Cavité thoracique : Les divers viscères abdominaux ne présentent aucune anomalie.

Réflexions. L'abnormité congénitale du globe oculaire que nous avons observée chez ce fœtus est un fait excessivement rare, peut-être même unique dans la science.

On cite, il est vrai, quelques cas d'adhérences des paupières au globe de l'œil; mais nous ne pensons point qu'on ait décrit *un prolongement de la joue allant s'inserer au centre de la cornée.*

Quant à l'origine de cette curieuse anomalie, tout porte à croire qu'il s'agit d'un arrêt de développement, ou du moins de la persistance d'un état transitoire dans la formation de l'œil. On sait, en effet, que la partie de l'enveloppe tégumentaire du fœtus, recouvrant l'endroit où se formeront les divers milieux de l'œil, donne naissance aux paupières et à l'enveloppe commune de l'œil qui elle-même devient l'origine de la cornée et de la sclérotique. Rien n'est donc plus naturel que d'admettre un développement imparfait, ayant entraîné la persistance de ces brides cutanées, réunissant la joue à la cornée.

Au peint de vue de la pathogénie de certaines tumeurs congénitales, notre observation n'est point non plus sans intérêt et explique le mode de production de ces excroissances charnues, ayant la grosseur d'un pois et couvertes de poils. Mais nous n'insisterons pas davantage sur ce point qui doit faire l'objet d'une communication à la *Société de Chirurgie*, de la part de notre chef de service, M. Polaillon. (Séance du 9 janvier 1874. *Progrès médical.*)

Expulsion spontanée d'un fibro-myôme de l'utérus du poids de 2,420 gr. par M. Hybre, interne des hôpitaux de Paris. — Les cas d'expulsion spontanée des corps fibreux de l'utérus étant chose rare, nous avons pensé qu'il ne serait point sans intérêt de donner ici la

relation d'un cas de ce genre qu'il nous a été donné d'observer à la maison municipale de Santé dans le service de M. Demarquay.

Nous nous bornerons pour le moment à décrire les caractères anatomiques de la tumeur, nous réservant de publier ultérieurement quand nous l'aurons plus longuement suivie, l'observation de notre malade.

Il s'agit d'une femme de 50 ans environ, qui, dès son entrée dans l'établissement, s'est présentée à nous avec une tumeur volumineuse pendante entre les cuisses, et retenue par un pédicule étroit issu de l'intérieur de la cavité utérine. Après s'être assuré de la nature de la tumeur et des rapports de son pédicule, M. Demarquay porta une ligature très-serrée sur ce dernier avec un de ces tubes en caoutchouc dont on se sert pour le drainage chirurgical, puis coupe au-dessous.

La forme de cette tumeur peut être comparée assez exactement à celle d'un cœur de bœuf.

Ses mesures sont : de la pointe au milieu de la base, 23 cent.; d'une extrémité à l'autre de la base, 17 cent.; son poids est de 2 kil. 420 gr. L'une de ses surfaces lisses, dans la plus grande partie de son étendue, présente çà et là quelques petits lambeaux de tissu sphacélé de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. L'autre présente verticalement une scissure profonde obliquement dirigée de la base à la pointe et comprenant plus du tiers de l'épaisseur du corps fibreux; en sorte que ses deux lèvres admettent un certain écartement qui permet de diviser la tumeur en deux parties inégales ; à l'une d'elles se relie le pédicule, dont l'épaisseur est de 30 à 40 millimètres.

La couleur de ce corps fibreux n'est point la même partout; dans la plus grande partie de son étendue, elle est comme violacée; au niveau de la base et du pédicule surtout, elle est d'un blanc comme nacré.

Quand on en fait une coupe, son tissu crie sous le scalpel ; il s'en écoule un liquide fortement teinté de sang : cette surface de section participe de la couleur violacée de la surface extérieure mais à un dégré moindre; son aspect de texture est celui des fibro-myômes en général; point de cavités kystiques : sur une épaisseur de 3 centimètres environ voisine de la périphérie, nous retrouvons la coloration d'un blanc nacré des corps fibreux; enfin, immédiatement appliquée sur cette surface, une couche de fibres musculaires lisses doublée d'une muqueuse.

Cette dernière disposition indique bien que nous avons affaire à une production primitivement développée dans l'épaisseur des parois utérines.

L'examen histologique fait tant au niveau du pédicule qu'au corps même de la tumeur, révèle la présence d'une trame formée de tissu

conjonctif et de fibres musculaires lisses, trame dans laquelle ces derniers éléments prédominent. (Séance du 6 février 1874.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE.

Cette Société, qui a été fondée le 10 février 1868, vient d'être reconnue comme établissement d'utilité publique, par décret du Président de la République, en date du 22 janvier 1874.

Dans sa dernière séance, elle eu à s'occuper d'une question d'**Avortement suivi de mort,** dont le rapport a été fait par son *secrétaire général*, M. Gallard.

La fille R..., âgée de 26 ans, mourait, le 20 décembre 1873, après quelques jours seulement de maladie. Le certificat, délivré par le médecin traitant, attribuait ce décès à une bronchite aiguë; mais l'opinion publique lui assignait une autre cause, et le juge de paix chargea M. le Dr G... de procéder à l'examen du cadavre. Ce confrère, ayant reconnu les traces d'une fausse couche récente, conclut à la nécessité d'une autopsie pour déterminer rigoureusement la véritable cause de la mort. Le Dr P... lui fut adjoint pour la pratiquer. Ils constatèrent du ballonnement de l'abdomen et l'existence de vergetures à la partie antérieure et latérale des cuisses. Les grandes lèvres étaient œdématiées, la vulve et le vagin étaient dilatés, le col utérin était mou, déchiqueté sur ses bords et permettait l'introduction complète du doigt. Les seins étaient fermes, mais peu développés; ils ne contenaient ni lait ni colostrum; il n'existait aucune trace de sang sur le pénil. A l'ouverture du cadavre, ils trouvèrent une péritonite purulente et un utérus mesurant 7 à 9 cent. dans son diamètre antéro-postérieur, 14 à 16 centim. dans son diamètre longitudinal et 7 centimètres dans son diamètre transversal. Cet utérus n'offrait, à l'extérieur, aucune trace de déchirure; sa muqueuse ne présentait aucune érosion; mais, dans l'épaisseur de son tissu, à l'union du col et du corps, on découvrait de petits abcès. Il n'y avait pas de lésions du foie ni de la rate; la muqueuse de l'estomac n'était pas enflammée. Il existait un épanchement séro-purulent dans les plèvres, et les poumons présentaient des signes de broncho-pneumonie.

Appelé quinze jours plus tard à examiner l'utérus qui avait été conservé dans l'alcool et à donner son avis, un autre médecin, M. le Dr B... ajoute que l'organe entier est très-épais, congestionné et offre les signes d'un état phlegmasique très-intense. C'est surtout aux angles de la matrice, aux points d'insertion des ligaments qu'on trouve des lésions, mais leur summum d'intensité existe dans la portion cervicale, où l'on découvre plusieurs foyers purulents très-circonscits. M. le Dr B... ajoute que les sections faites par les premiers experts sur le col, son état d'infiltration et peut-être sa macé-

ration dans l'alcool *ne lui ont pas permis d'établir si cet état de phlegmasie était le résultat d'une blessure, d'une cause traumatique.*

Les questions qui se posent devant la justice à l'occasion de ce fait et dont elle demande la solution à la science médicale peuvent êtr ainsi formulées :

1° Quelle a été la cause de la mort?

2° Cette mort a-t-elle été la suite d'un avortement ou d'un accouchement ?

3° Peut-on déterminer s'il s'agissait plutôt d'un avortement que d'un accouchement à terme?

4° Peut-on préciser exactement combien de temps avant la mort s'est fait cet avortement ?

5° Est-il le résultat de manœuvres criminelles?

6° Et, subsidiairement, la personne qui a succombé a-t-elle reçu tous les soins que nécessitait son état et qu'on aurait dû lui donner si on n'avait pas tenu à cacher sa position de nouvelle accouchée, même au médecin appelé pour la traiter?

1° La maladie à laquelle la fille R. a succombé avait son point de départ dans une inflammation des organes génitaux internes, de la nature de celles qui se produisent chez les femmes nouvellement accouchées. C'est ce que prouve surabondamment la présence simultanée du pus dans l'utérus, dans les ligaments larges, dans le péritoine et dans les plèvres.

2° L'état de l'utérus, son volume, sa forme, ainsi que la dilatation du vagin et de la vulve démontrent qu'il y avait là un avortement ou un accouchement très-récent.

3° Plusieurs signes importants permettent de penser que la grossesse, bien qu'elle fût assez avancée, n'était cependant pas arrivée tout à fait à son terme. L'utérus, en effet, « qui avait la forme et le volume d'une poire duchesse de moyenne dimension, » et mesurait au moins 15 à 16 centimètres dans son diamètre vertical, était plus volumineux que ne l'est un utérus gravide de trois mois, contenant dans son intérieur le produit de la conception. Après l'expulsion du fœtus, il avait certainement commencé à revenir sur lui-même, mais il avait été arrêté dans son retrait par l'inflammation dont il était devenu le siége. Le volume de l'utérus ayant été plus considérable, la gestation était évidemment avancée. Cependant l'absence de vergetures sur la paroi abdominale, l'absence de colostrum et de lait dans les seins, la dilatation modérée et l'absence de fissures et de déchirures à la vulve, indiquent que la grossesse n'était pas encore parvenue à son terme.

4° Il n'est pas possible de déterminer exactement depuis combien de temps cet avortement avait eu lieu. Tout ce qu'il est permis d'affirmer, c'est que, tout en remontant à plus de quarante-huit heures,

il ne datait cependant que d'un petit nombre de jours. Il n'existait, en effet, ni dans le vagin, ni dans l'utérus, aucune trace des caillots sanguins qui habituellement y séjournent encore pendant assez longtemps après la délivrance. La cavité utérine était vide, et la plaie placentaire était déjà en voie de réparation. D'autre part, dans un cas observé récemment par le Rapporteur (voir *Annales de Gynécologie*, n° 1, page 50), l'utérus d'une femme morte dans des conditions presque identiques, et vingt et un jours après un accouchement à terme, mesurait 4 à 5 centimètres de moins en longueur que celui de la fille R.... Chez cette dernière, l'avortement datait donc de moins de vingt jours.

Il est absolument impossible, dans ce cas, contrairement à ce que paraît croire le dernier expert, le Dr B..., de reconnaître si l'avortement est survenu naturellement ou s'il a été provoqué par des manœuvres criminelles. Il ne saurait être question d'abord de poudres ou de breuvages dont on n'a retrouvé aucun indice et dont l'action abortive est toujours contestable. En pratiquant la ponction de l'œuf, un opérateur maladroit peut perforer les parois de l'utérus : on n'a trouvé ici aucune trace manifeste de cette lésion. Si parfois l'existence de blessures sur le corps du fœtus indique qu'on s'est servi d'un instrument vulnérant, le produit de la conception n'a pu être examiné dans le cas de la fille R... D'autres procédés, que nous ne rappellerons pas, permettent encore de provoquer l'avortement, mais il ne persiste d'habitude aucune marque de leur emploi. Enfin la fausse couche spontanée peut être suivie d'accidents graves aussi bien que la fausse couche provoquée. Il n'existe donc aucune preuve, palpable, indiquant que l'avortement a été la conséquence de manœuvres criminelles.

6° Mais ce qu'on ne peut affirmer à la justice, d'après un examen purement médical, elle peut avoir le moyen de le découvrir par une enquête. La façon dont a été soignée la fille R. démontre, à n'en pas douter, qu'on a tenu à cacher, même à son médecin, sa position de nouvelle accouchée; il n'existe, en effet, aucune trace de traitement local dirigé vers l'abdomen. On avait seulement attiré l'attention sur les accidents thoraciques. La fille R. n'a donc pas reçu tous les soins que son état exigeait et, cependant, il y avait auprès d'elle quelqu'un qui connaissait sa situation et lui aidait à dissimuler sa fausse couche récente, puisque aucune trace de sang n'a été retrouvée, ni sur les parties génitales, ni sur les cuisses. B.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi du chloral dans le cancer de l'utérus et du sein. — M. C. Paul a employé le chloral dans le cancer de l'utérus lorsqu'il

existe des douleurs intenses, et il en a retiré de bons résultats. Il fait confectionner des suppositoires contenant 1 gramme d'hydrate de chloral, qu'il introduit dans le vagin. Des malades qu'il n'était pas parvenu à calmer avec des doses considérables de morphine ont pu dormir toute une nuit à l'aide de ce moyen. De plus, il a remarqué que la nature de l'écoulement et surtout son odeur étaient très-notablement modifiés.

M Martineau fait ensuite remarquer que ses observations viennent d'ailleurs confirmer celles déjà relatées par M. C. Paul. Une femme, dit-il, atteinte d'un cancer du sein très-étendu, qui avait atteint la paroi thoracique et même le poumon, fut pansée à l'aide de bourdonnents de charpie trempés dans une solution de chloral au vingtième introduits dans la plaie. Trois jours après, la plaie était devenue rouge, bourgeonnante, sans aucune fétidité, les hémorrhagies dont elle était le siége étaient également supprimées.

L'auteur a encore employé les bourdonnents de charpie imbibés de la même solution dans un encéphaloïde de l'utérus, et bientôt la douleur et la fétidité disparurent (Séance du 28 janvier 1874.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'occlusion intestinale dans ses rapports avec les inflammations péri-utérines chroniques, par le Dr A. Nouet (1). — Les péritonites partielles qui se déclarent à la suite des inflammations péri-utérines peuvent dans des conditions encore mal déterminées donner lieu aux accidents de l'*occlusion intestinale.*

Les agents de cette occlusion sont des fausses membranes, des brides, produits plastiques, qui immobilisent l'intestin dans une position fixe et invariable ou bien forment une corde sur laquelle, à un moment donné, il viendra s'étrangler.

D'où les deux variétés d'occlusion :

1° L'occlusion par *adhérences* et *stase stercorale* ou *engouement interne*;

2° L'occlusion par *brides* et *coartation intestinale* ou *étranglement interne.*

L'*engouement interne* consiste dans l'accumulation et la stase des matières intestinales sans diminution notable du calibre du tube digestif.

Cet accident relève directement du fait des adhérences de l'intestin dans l'excavation du bassin, situation qui crée les obstacles suivants :

(1) Thèse de Paris, 1874.

1° Adhérence à des organes résistants, fixes ou tout au moins assez peu mobiles pour ne pouvoir se prêter au jeu des fibres musculaires de la portion adhérente de l'intestin;

2° Situation profonde qui soustrait ce dernier à la pression physiologique directe de la paroi abdominale antérieure et aux mouvements que cette dernière aurait pu lui imprimer;

3° Nécessité pour les matières fécales de progresser pendant un certain trajet de bas en haut, plus ou moins contre les lois de la pesanteur, pour parvenir dans le cæcum.

L'engouement doit être d'abord combattu par les purgatifs quand l'obstacle siége sur les parties supérieures de l'intestin. Lorsque la rétention stercorale s'est faite dans le rectum et dans une portion plus ou moins étendue du côlon, le meilleur traitement consiste à vider mécaniquement l'intestin.

Quand tous ces moyens ont échoué, la *gastrotomie* reste la dernière ressource.

L'*étranglement interne* est la rétention complète des matières fécales au-dessus d'un obstacle qui rétrécit plus ou moins le canal intestinal.

Ce rétrécissement se fait de deux façons : ou bien l'intestin vient s'engager entre des *brides* sur lesquelles il s'aplatit, ou bien des *adhérences membraneuses*, immobilisant le tube digestif, l'empêchent de se soustraire à la compression des organes voisins.

Exceptionnellement, les accidents de l'étranglement, même intenses, se renouvellent plusieurs fois dans l'année et se répètent ainsi pendant plusieurs années consécutives.

Le diagnostic différentiel entre l'engouement et l'étranglement interne est, pour l'auteur, établi sur les données suivantes :

1° *Début.* — Le début de l'étranglement est brusque; celui de l'engouement lent et insidieux.

2° *Douleur.* — Le début est annoncé dans l'étranglement par une douleur vive, brusquement développée en un point de l'abdomen et circonscrite en ce point. Rien de semblable dans l'engouement; la douleur est plus vague, plus mobile et moins vive. Dans l'étranglement, il y a des coliques qui surviennent par moments dans l'intervalle desquels la malade a un peu de repos. On n'observe pas ces moments de répit dans l'engouement.

3° *Vomissement.* — Dans l'étranglement les vomissements sont constants et surviennent au début. Ils sont très-rares dans l'engouement, et quand ils existent c'est vers la fin de la maladie.

4° *Etat du ventre.* — Dans l'étranglement, le ventre est médiocrement distendu. Il est très-volumineux dans l'engouement. Dans ce dernier cas, le développement du ventre est surtout produit par l'accumulation des matières fécales qui forment une tumeur dure, bosselée, située sur le trajet du gros intestin;

5o *Marche et durée.* — La marche de l'étranglement est aiguë ; les purgatifs sont le plus souvent rejetés par les vomissements ; reste l'entérotomie comme dernière ressource. S'il est survenu une péritonite dans le cours de la maladie, des adhérences secondaires ont pu faire subir au bout inféreur de l'intestin des modifications qui en rendent la recherche laborieuse.

De ce travail découlent, suivant l'auteur, deux indications : l'une *étiologique*, et l'autre *opératoire.*

1° *Indication étiologique.* — Toutes les fois qu'on est en face de symptômes d'étranglement chez une femme, il faut songer à une inflammation péri-utérine dont on retrouve les traces en explorant les culs-de-sac vaginaux.

Une constipation d'abord légère, puis opiniâtre, enfin permanente, avec météorisme, hoquets, etc., le tout survenant graduellement fera penser à un *engouement interne.* Au contraire, un début brusque annoncé par une douleur vive localisée en un point de l'abdomen et par des vomissements bilieux mettra sur la voie du diagnostic d'un étranglement interne.

2° *Indication opératoire.* — Toutes les fois que dans le cours d'un étranglement interne une péritonite est évidente, il y a lieu de s'attendre à rencontrer des adhérences secondaires qui peuvent produire exceptionnellement des modifications dans le bout inférieur et alors il deviendra nécessaire d'explorer les intestins découverts, et même de rechercher au milieu d'elles un anse très-distendue qui appartienne au bout supérieur, tant qu'une ponction avec un trocart explorateur faite sur l'anse qui se présente n'aura pas donné issue à des matières intestinales.

REVUE DES JOURNAUX.

Souffle utérin perceptible à la palpation. Par Rotter. — L'auteur rapporte dans cet article qu'en pratiquant la palpation dans le voisinage de l'ombilic chez des femmes enceintes, il a perçu un frémissement isochrone au pouls et semblable à celui que l'on rencontre dans le cas d'anévrysme. La compression un peu forte, pratiquée sur l'utérus à travers la paroi abdominale, fait cesser le frémissement, et le stéthoscope fait entendre un souffle utérin très-évident.

Les changements de position imprimés à la malade font varier l'endroit où ce souffle est perçu, ce qui indique, dit l'auteur, qu'il se produit réellement dans la matrice et non dans les artères de la paroi abdominale. (*Archiv. für Gynækologie*, t. v. fasc. 3, 1873).

De la valeur du corps jaune comme preuve de la fécondation, par Benham. — L'auteur, dans son travail, rapporte l'observation d'une fille vierge, épileptique qui mourait trois jours après l'éruption du flux men-

struel, et dont les organes génitaux furent examinés avec soin. L'utérus, les trompes et l'ovaire étaient rouge-foncé, et l'ovaire gauche présentait une tumeur, du volume d'une fève, de couleur foncée et remplie de fibrine et en tous points semblable aux corps jaunes que l'on observe chez les femmes fécondées et qui, d'après certains auteurs, indiquent avec certitude que l'imprégnation a eu lieu.

On trouva dans l'utérus un ovule sous forme de petit corps arrondi et entouré par la muqueuse utérine congestionnée. Les dimensions de cet ovule non fécondé étaient les mêmes que dans le cas d'ovule fécondé depuis environ quinze jours. Il ne contenait d'ailleurs qu'un liquide albumineux. (*Edinb. med. journ.* Août 1873.)

Traitement de l'asphyxie des nouveau-nés par le courant induit. Par M. le Dr Lauth. — Ce médecin distingué a eu l'occasion d'appliquer ce moyen chez trois enfants où les méthodes habituelles n'avaient produit aucun effet. Dans un cas, l'emploi de l'électricité fut suivi d'un succès complet. Dans les deux autres cas, le succès fut temporaire.

A ce propos, M. Lauth rappelle les règles qui doivent présider à cette électrisation et les avantages qu'on peut en tirer.

L'auteur se sert d'un courant induit de l'appareil de Gaiffe; il promène les réophores secs de l'appareil le long de la colonne vertébrale et sur le plexus brachial à son émergence entre le scalène, le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien; de plus, il recommande d'agir sur le nerf phrénique. Chacune des applications doit être d'environ deux à trois minutes, et l'on doit profiter des moments où l'on cesse l'électrisation pour recourir à l'insufflation. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1873, p. 238.)

Emploi de l'électricité dans les cas d'inertie complète de l'utérus pendant le travail d'accouchement. Par le Dr Martemucci. — L'accouchement s'effectue ainsi beaucoup plus rapidement qu'avec le seigle ergoté. Dans huit cas cités, on n'a pas perdu un seul enfant; tandis que, d'après l'auteur, avec le seigle ergoté, la mortalité est de un sur quatre. Il voit dans l'électricité l'avantage de pouvoir diriger à son gré les contractions utérines, ce qu'on ne peut faire avec le seigle ergoté, dont on ne peut plus neutraliser l'action lorsqu'on l'a donné. Le seigle ergoté a l'inconvénient de ne pouvoir être donné avant que l'accouchement soit terminé; il exerce, en effet, une action fâcheuse sur le fœtus, moins par l'ergotisme que par compression. Enfin, la contraction électrique à long intervalle imite la contraction physiologique. L'électricité peut être employée pour arrêter les hémorrhagie. (*Lo Sperimentale*, novembre 1873 et *Journal de thérapeutique*, février 1873.)

VARIÉTÉS.

Sangsue artificielle pour le col de l'utérus. — M. Woillez présente à l'Académie de médecine, au nom de M. Collin, cet instrument destiné à remplacer les sangsues naturelles dans les cas où l'on veut pratiquer des émissions sanguines du côté du col de l'utérus.

L'instrument se compose d'un tube de verre dans lequel manœuvre un piston destiné à produire le vide quand l'appareil est appliqué sur la surface du col utérin.

La tige du piston est creuse et contient dans son intérieur une autre tige à l'extrémité de laquelle se trouve une lancette A, qui est cachée dans l'intérieur du piston et n'en sort que par la volonté de l'opérateur. Cette seconde tige glisse à frottement dans l'intérieur de la première, afin d'éviter la pénétration de l'air dans la cavité du tube lorsque le vide a été pratiqué.

De cette façon, la scarification peut être obtenue sans déplacer la ventouse.

Lorsqu'on veut se servir de l'appareil, on applique l'extrémité du tube sur la surface du col utérin, puis on fait un léger vide en retirant le piston de 1 à 2 centimètres à l'aide d'un curseur qui glisse sur la tige, laquelle est munie d'un pas de vis; lorsque le vide est obtenu, on ponctionne le col en pressant sur le bouton G. La lancette est ensuite retirée par un mouvement contraire à celui qui a produit la ponction et fixée dans sa gaîne au moyen du point d'arrêt F et d'un mouvement de torsion qu'on imprime à la tige. Puis on fait le vide en continuant à élever le piston, et la ventouse se trouve remplie de sang.

Un curseur C permet de graduer la pénétration de la lame.

On peut remplacer la lame de lancette par un tube tranchant B dans le but de faire des scarifications circulaires. (Académie de médecine, séance du 3 février 1874.)

Nomination. — Dans sa séance du 20 janvier, l'Académie de médecine a procédé à l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale; M. U. TRÉLAT a été nommé par 45 voix contre 36 données à M. Maurice PERRIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Des hémorrhagies spontanées du nombril chez les nouveau-nés, par PUECH (*Gazette de Joulin*, février 1874, p. 99).

De l'ulcère simple de l'estomac chez les jeunes femmes nervosiques, par JOULIN (*Gazette de Joulin*, décembre 1873).

Kyste dermoïde pileux de l'ovaire chez une femme de 75 ans, par ARON (*Gaz des hôp.*, 1873, p. 1065).

Quelques recherches sur la phlegmatia alba dolens des nouvelles accouchées, par CHAMOUSSET (thèse de Paris, 1873).

Trois observations obstétricales intéressantes, par John AIKMAN (*The Glasgow med. journ.*, août 1873).

Tumeur fibreuse utérine, par PALMER (*the Clinic*, avril 1873).

Etude sur la leucorrhée et son traitement, par CHOUX (thèse de Paris, 1873).

Fibro-myôme intra-pariétal, par PONFICK (*Beitræge fur Geburtshülfe und Gynækologie*, t. II, fasc. 2, 1873).

Structure et développement de l'ovaire, par ROMITI (*Rivista clinica*, 1873).

Relation de trois nouveaux cas d'ovariotomie, par BODDAERT (*Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. VII, p. 344, 1873).

Monstruosité désignée sous le nom de mélomélie (Académie de médecine, séance du 6 janvier 1874).

Ovariotomie cinq semaines après l'accouchement ; albuminurie ; mort au trente-neuvième jour, par GOODING (*the Lancet*, octobre 1873).

Sur l'extirpation de l'utérus pour les tumeurs fibreuses, par CONNER (*the Clinic*, juin 1873).

Sur l'emploi de l'acide nitrique dans le traitement des maladies utérines, par Lombe HILL (*the Obstetrical journal*, juin 1873).

De la viabilité précoce du fœtus dans les accouchements prématurés, par MADDEN (*The obst. journal*, n° 2, 1873).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès constatés dans le Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'assistance publique de Paris pendant le mois de janvier 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des Accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS.			MORTALITÉ p. 0/0.			Décès de femmes non accouchée à l'hôpital.
		Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL	Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL	
Hôtel-Dieu......	20	»	»	»	»	»	»	3 (*a*)
Pitié...........	34	»	»	»	»	»	»	»
Charité.........	18	2	1 (*b*)	3	11.11	5.55	16.66	»
Saint-Antoine...	37	2	2 (*c*)	4	5.45	5.45	10.90	»
Necker.........	18	2	1 (*d*)	3	11.11	5.55	16.66	»
Cochin.........	65	1	1	2	1 53	1.53	3.06	»
Beaujon........	21	»	1 (*e*)	1	»	4.76	4.76	»
Lariboisière.....	71	4	»	4	5.21	»	5.21	1 (*f*)
Saint-Louis.....	73	1	1 (*g*)	2	1.37	1.37	2.74	»
Lourcine.......	11	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.......	37	1	2	3	1.75	3.50	5.25	»
TOTAL........	425	13	9	22	3.05	2.12	5.17	4
Mson d'Accouchement.	127	3	1	4	2.36	0.78	3.14	»
TOTAL GÉNÉRAL.	552	16	10	26	2. 90	1.81	4.71	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	Accouchements.	Décès.	Mortalité p. 0/0
Accouchements effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de Bienfaisance...	739	1	0.13
Accouchements des femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la ville........................	131	»	»

(*a*) Fièvre puerpérale. 1 phthisie, 1 pleurésie. — (*b*) Affection de cœur. (*c*) Éclampsie. — (*d*) Eclampsie. — (*e*) Phthisie. — (*f*) Fiève puerpérale — (*g*) Hémorrhagie utérine.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Mars 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE L'EMPLOI DE LA GALVANO-CAUSTIQUE THERMIQUE DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES DU COL DE L'UTÉRUS.

Par le Dr Léon Labbé,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

De toutes les formes des cancers utérins, l'*épithélioma de la portion vaginale du col* est sans contredit l'une des plus fréquentes. Il est de la plus haute importance de constater son existence au début, car c'est à cette forme que peuvent s'adresser, avec certaines chances de succès, les moyens chirurgicaux capables d'amener dans quelques cas exceptionnels la guérison complète et dans beaucoup d'autres, d'améliorer l'état des malades, en supprimant les hémorrhagies, et souvent de prolonger leur existence.

Chez certaines malades, les couches superficielles du col

utérin ont seules été envahies et la végétation épithéliale s'est développée largement dans le vagin, sans que ses racines soient entrées profondément dans le tissu sain du voisinage ; si, dans ces conditions, on est appelé de bonne heure à donner des soins à la malade, on peut, ainsi que j'en rapporterai un exemple, pratiquer une opération susceptible d'amener une guérison durable ; mais dans beaucoup de cas, alors que le toucher pourrait faire croire à une lésion bien limitée, l'étude anatomo-pathologique de la partie enlevée fera constater que l'infiltration du tissu morbide sous la forme de prolongements, d'abord très-peu considérables, a dépassé la limite que peuvent atteindre nos moyens chirurgicaux. C'est là, sans nul doute, une notion qui serait bien capable d'arrêter la main du chirurgien, s'il n'était convaincu qu'en pareille circonstance, et dans l'état de doute où il sera toujours placé dans les cas où le mal n'a pas encore envahi les parois du vagin, il est préférable, dans l'intérêt de la malade, d'admettre que la limite du mal peut être dépassée.

Dans son savant *Traité des maladies de l'utérus*, M. Courty, résumant l'expérience de tous ses prédécesseurs et la sienne propre, s'exprime ainsi : « Il ne nous paraît pas douteux que l'épi- « thélioma du col ne puisse être enlevé avec quelque chance « de guérison, ou que la marche ne puisse en être ralentie au « point de permettre au médecin de prolonger notablement les « jours d'une malade. » C'est là aussi notre conviction, conviction fondée sur la pratique de nos maîtres pendant notre internat, MM. Chassaignac, Gosselin, Jobert de Lamballe, auxquels nous avons vu pratiquer un certain nombre d'amputations du col utérin dans le cas d'épithélioma, et sur notre pratique personnelle depuis un certain nombre d'années. Notre but, en rapportant les quelques faits qui vont suivre, n'est pas de faire naître l'enthousiasme dans l'esprit de ceux qui n'ont pu encore observer un grand nombre de cancers du col de la matrice, cet enthousiasme serait de trop courte durée ; mais il nous paraît utile de bien fixer l'attention des praticiens sur ce fait, que dans un assez grand nombre de cas, on serait coupable de rester inactif, alors que nous possédons des moyens capables de

modifier d'une façon favorable l'état des malheureuses malades confiées à nos soins.

Les moyens que nous possédons pour détruire les tumeurs épithéliales de l'utérus sont assez nombreux. Je ne signalerai que les plus importants.

Le *fer rouge*, auquel les travaux de Jobert de Lamballe ont contribué à donner une importance capitale dans le traitement d'un grand nombre d'affections utérines, a souvent permis de détruire d'une façon complète certains épithéliomes du col de l'utérus, et, cette année même, j'ai pu observer, avec MM. les Drs Blondeau et Campbell, une dame âgée de quarante et quelques années, à laquelle Adolphe Richard avait détruit, il y a plus de dix ans, une tumeur épithéliale de la lèvre postérieure du col. A cette époque, des pertes abondantes épuisaient la malade, une tumeur vasculaire, saillante, mamelonnée, occupant plus de la moitié de la lèvre postérieure du col avait été constatée, elle saignait au moindre contact. Trois cautérisations profondes avec le fer rouge la firent disparaître et furent suivies de la production d'un tissu de cicatrice très-net. Pendant plus de dix ans, cette dame n'éprouva plus de troubles utérins; lorsque vers le mois d'octobre dernier elle se plaignit de nouveau d'être incommodée par des pertes assez abondantes.

Appelé auprès d'elle, je constatai, avec mes confrères, l'existence d'une tumeur rouge, d'aspect framboisé, saignant au moindre contact. Elle était située sur la lèvre postérieure du col, près du point où ils avaient, de longues années avant, observé la tumeur opérée par Adolphe Richard. Deux nouvelles cautérisations au fer rouge, pratiquées pendant le mois d'octobre, à quinze jours d'intervalle, semblent avoir, de nouveau, amené une amélioration qui simule une guérison définitive. Qu'adviendra-t-il dans la suite? Il est possible, il est probable que plus tard une récidive se montrera sous une forme moins bénigne. C'est là, en tout cas, un de ces faits heureux que l'on rencontre exceptionnellement, et que l'on peut rapprocher de certains cancers du sein qui, une fois enlevés, ne

récidivent que très-tardivement, alors que des tumeurs analogues cliniquement et histologiquement, repullulent avec une rapidité désespérante.

C'est dans ces cas d'épitholiome sessile et à peine saillant que l'on a pu, ainsi que l'a rapporté Amussat père, obtenir quelquefois des résultats assez satisfaisants après l'emploi de certains caustiques et en particulier du caustique Filhos.

Assez souvent, quoique ayant envahi la plus grande partie du col utérin, l'épithélioma n'a pas donné lieu à une tumeur suffisamment saillante et limitée, pour qu'il soit possible de l'isoler, et c'est alors encore que le fer rouge, hardiment manié, peut rendre les plus réels services. Une expérience déjà longue a prouvé que dans cette forme de cancer de l'utérus, le fer rouge ne donne pas à la maladie le *coup de fouet* qu'il paraît souvent lui imprimer lorsqu'il s'agit de la forme squirrheuse ou encéphaloïde. Nous verrons dans un instant que, dans nombre de cas, où une véritable tumeur saillante a pu être enlevée à l'aide de l'écraseur ou de l'anse galvano-caustique, le fer rouge doit encore être employé pour compléter la destruction des tissus malades.

L'*instrument tranchant* a été mis en usage un grand nombre de fois et est encore employé, pour pratiquer l'amputation du col. Il présente l'avantage de permettre, si le col a pu être amené à la vulve (la chose est toujours difficile à bien réaliser, lorsqu'il s'agit de tissus morbides qui cèdent presque toujours rapidement, sous l'influence de tractions même modérées), de permettre de disséquer la tumeur avec précision, d'isoler bien nettement les attaches du vagin, mais toujours l'hémorrhagie sera abondante, et en fin de compte, pour y remédier, on sera obligé de tamponner la surface de section avec un bourdonnet imbibé de perchlorure de fer, ou bien de pratiquer la cautérisation au fer rouge.

Aussi les moyens perfectionnés de diérèse, que nous possédons aujourd'hui, tels que l'*écraseur linéaire* et la *galvano-caustie*, ont-ils fait rejeter presque complètement l'emploi de l'instrument tranchant. C'est, je crois, entre ces deux dernières

méthodes qu'il faut savoir faire un choix, lorsque l'on doit pratiquer l'amputation du col utérin.

L'*écrasement linéaire* réalisa un progrès véritable, lorsqu'il fut appliqué par M. Chassaignac, à la section du col utérin. Ce moyen de diérèse, bien employé, a ce grand avantage de donner une surface de section à peu près sèche, à la condition bien entendu que l'écrasement sera fait lentement, progressivement, et par conséquent que l'opération présentera une durée relativement assez longue. La pression exercée par la chaîne de l'écraseur est suffisamment douloureuse et assez prolongée, pour qu'on puisse considérer, comme à peu près indispensable, de *chloroformiser les malades.*

Le col de l'utérus, d'après les préceptes posés par M. Chassaignac, doit être attiré à la vulve, et l'érigne à branches divergentes, introduite dans la cavité, paraît être le moyen le plus efficace de bien réaliser ce temps de l'opération. Cette traction, utile pour permettre en quelque sorte d'opérer à ciel ouvert, a cet inconvénient, d'appliquer étroitement sur le col les insertions du vagin et les portions voisines, de telle sorte qu'au premier abord, il peut être peu aisé de reconnaître d'une façon très-nette la limite rigoureuse de ces insertions. On éprouve une véritable difficulté, dans quelques cas, à empêcher que la chaîne, qui porte d'un côté sur la partie du col que l'on veut attaquer, n'embrasse de l'autre côté une partie du vagin. La blessure du vagin et la protusion de l'intestin à travers la plaie a été observée plusieurs fois. Pour mon compte, je préfère, en ayant recours à l'écraseur, tenter d'opérer dans le fond du vagin, en ne me servant que de mes doigts, pour placer la chaîne d'écraseur. Cette manière de faire que je recommanderai tout particulièrement, dans un moment, lorsqu'il s'agira de l'anse galvano-caustique, est plus difficilement réalisable avec la chaîne de l'écraseur, parce que celle-ci est loin d'être aussi malléable, de se mouler aussi facilement sur les parties, que peut le faire le fil de platine qui forme l'anse galvano-caustique.

M. Courty a substitué à l'écraseur, dans un assez grand nombre de cas, *la ligature lentement serrée :* « J'ai pu maintes

« fois, dit-il (p. 896, *Traité des maladies de l'utérus*), en me ser-
« vant d'un fil métallique et d'un bon serre-nœud au lieu d'une
« chaîne et d'un écraseur, et en opérant la constriction lente-
« ment et par des tours de vis, répétés de quart d'heure en
« quart d'heure, pratiquer la section du col en une journée,
« sans avoir besoin de chloroformiser la malade et sans déter-
« miner la moindre hémorrhagie. On peut même faire durer
« la section plus longtemps sans inconvénient, pourvu qu'on
« ait le soin, comme dans le cas d'application simple de la liga-
« ture ulcérative, de faire de temps en temps dans la journée
« des injections détersives. »

Malgré la grande autorité du professeur de Montpellier, je serais peu disposé à employer pour mes malades cette méthode, qui agit lentement, qui n'est pas complètement exempte de douleurs un peu prolongées; surtout en présence des avantages très-marqués que présente l'usage de la galvano-caustique thermique.

Dès 1821, la galvano-caustique thermique fut employée par Récamier et Pravaz, pour opérer la destruction de cancers du col utérin.

En 1857, Middeldorpf, signalait à la Société de chirurgie l'usage qu'il avait fait de l'*anse coupante*, pour enlever une énorme tumeur cancéreuse du col de l'utérus.

En 1871, M. Amussat fils a publié un mémoire intéressant sur l'emploi de la *galvano-caustique thermique*, appliquée au traitement du cancer du col de l'utérus. Dans quatre observations il eut recours à l'anse métallique du sécateur galvanique. Dans un cinquième cas, il essaya de détruire le tissu malade à l'aide de cautérisations, pratiquées avec des boutons galvano-caustiques, ainsi que l'avaient fait Robert Ellis, en 1861, Grünewalde, de Saint-Pétersbourg, en 1862, et probablement plusieurs autres chirurgiens. Je n'insiste pas sur ces derniers faits, car ils ne me paraissent pas présenter une importance particulière. Quand on veut avoir recours à la cautérisation ignée, peu importe, en effet, que l'on fasse usage d'un fer rougi au feu, ou d'un bouton métallique échauffé au moyen de l'électricité. Il ne

peut entrer, je crois, dans l'esprit d'aucun chirurgien, l'idée que la cautérisation pratiquée au moyen d'un bouton galvano-caustique ait une supériorité quelconque sur celle que l'on fait avec le fer rougi au feu.

Le procédé opératoire que je voudrais contribuer à faire prévaloir, consiste uniquement dans l'emploi de l'*anse galvano-caustique thermique*, substituée à l'instrument tranchant, aux ligatures de divers ordres, et même à l'écraseur linéaire, dans tous les cas où il est indiqué de détacher en une seule séance la totalité ou une portion notable du col utérin siége d'un épithélioma.

Depuis quelques années, depuis trois ans principalement, j'ai eu l'occasion de pratiquer, à l'aide de l'anse galvano-caustique, un assez grand nombre d'amputations du col de l'utérus pour des épithéliomas arrivés à divers degrés de développement. Les résultats au point de vue de la guérison des malades, de la fréquence et de la rapidité des récidives ont été très-dissemblables, mais ils n'ont jamais varié au point de vue de l'innocuité et de la simplicité du procédé opératoire. Le plus grand nombre des opérations que j'ai pratiquées l'ont été à l'hôpital de la Pitié, en présence de quelques-uns de mes collègues, d'un grand nombre d'élèves et de médecins étrangers, et plusieurs fois les assistants ont manifesté leur étonnement de la simplicité extrême de l'opération.

Les principaux avantages que présente sur les autres méthodes la section à l'aide de l'anse galvano-caustique sont les suivants :

La section est tellement rapide (30 à 40 secondes) qu'il n'est pas nécessaire de soumettre la malade à l'anesthésie.

Malgré la rapidité de cette section, la surface obtenue est tellement nette et exsangue, que l'on est à l'abri d'une hémorrhagie consécutive.

Le fil de platine peu volumineux que l'on emploie est tellement flexible et maniable, que l'on peut l'appliquer sans difficulté notable, en manœuvrant au fond du vagin, sans attirer le col de l'utérus à la vulve. Ce dernier point est d'une haute impor-

tance pour mettre à l'abri de l'ouverture des culs-de-sac vaginaux qui ne sont pas tiraillés et intimement appliqués et confondus, en quelque sorte, avec le col lui-même.

Voici, du reste, comment je procède habituellement :

La femme étant placée sur le bord du lit, le bassin fortement élevé, les cuisses maintenues par deux aides, ou simplement les pieds reposant sur deux chaises, on fait écarter les grandes et les petites lèvres, pour agrandir le plus possible l'entrée de la vulve.

Alors, commence le seul temps difficile de l'opération, celui qui consiste à aller placer le fil de platine à la base du col utérin. On a dû se munir d'un fil suffisamment long, 30 à 40 centimètres, plus long même, afin que rien ne vienne gêner la manœuvre. Ce fil, recourbé en anse, est présenté par la convexité de cette anse à l'entrée de la vulve et conduit le long de la paroi supérieure du vagin pour atteindre le cul-de-sac antérieur; à ce moment, les doigts indicateurs, introduits dans le vagin, impriment au fil un changement de direction, de manière à donner aux deux branches de l'anse une direction perpendiculaire à celle du col utérin, et à les faire se rejoindre au niveau du cul-de-sac postérieur.

Ces diverses manœuvres présentent plus ou moins de difficultés, suivant mille circonstances, l'étroitesse plus ou moins grande du vagin, le volume variable de la tumeur utérine, la forme de cette dernière. Si elle est volumineuse, mais franchement pédiculée, lorsque son grand diamètre a été dépassé, le fil va en quelque sorte se placer de lui-même; au contraire, si la tumeur représente plus ou moins un cône, dont la base répond à la portion sus-vaginale du col, on peut éprouver de sérieuses difficultés pour donner à l'anse métallique une situation convenable, et l'on peut craindre, ce qui arrive alors souvent, de voir celle-ci glisser en avant et abandonner la tumeur au moment où l'on devra en opérer la striction. Il faut quelquefois déployer une grande patience pour donner à l'anse la situation que l'on désire.

En supposant l'anse métallique placée convenablement sur la tumeur, les deux bouts du fil de platine sont introduits dans

deux petits cylindres creux placés à l'extrémité du *réophore écraseur*, disposé de manière que l'on peut serrer les fils au moyen d'un treuil placé à l'extrémité inférieure de l'instrument.

Ce réophore se monte et se fixe au moyen de deux vis sur un manche conducteur muni au milieu d'un coulant servant à interrompre le courant. Ce conducteur est alors mis lui-même en rapport avec une pile de Grenet.

Il est important que le réophore présente une assez grande longueur, afin qu'il soit possible de porter les fils très-profondément dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et afin que l'on ne soit pas exposé à faire une section oblique d'avant en arrière.

Lorsque le point de la tumeur sur lequel on veut agir a été bien serré dans l'anse métallique, on fait passer le courant, modérément, de manière à ne chauffer le fil de platine qu'au rouge sombre. La section est faite en 30 à 40 secondes.

Au premier moment, alors que l'anse est encore à la surface de la portion qu'elle doit sectionner, les malades éprouvent une légère et très-fugitive sensation de brûlure, due à ce que la paroi vaginale était au contact du fil de platine. L'examen le plus minutieux m'a démontré, que jamais la paroi du vagin ne présentait de brûlure véritable.

Aussitôt que l'on a fait passer le courant, on continue à serrer le fil jusqu'à ce que la section soit terminée, et lorsque l'on retire l'instrument, l'anse a complètement disparu, ainsi que cela a lieu pour la chaîne de l'écraseur.

La section obtenue présente une netteté exceptionnelle, et dont on pourra se faire une idée en examinant la figure 2, insérée dans ce mémoire. Elle est formée de cercles concentriques, qui semblent correspondre aux sections successives produites à mesure que l'on serre l'anse métallique.

Ce temps de l'opération terminé, le doigt introduit dans le vagin constate une élévation de température marquée, mais jamais assez grande pour que la sensation de brûlure du début ait persisté. — Le doigt recourbé en crochet peut presque toujours ramener la portion du col que l'on a retranchée ; si la

tumeur est très-volumineuse, on l'attire au dehors de la vulve à l'aide de pinces à érignes, etc.

Aussitôt, on fait passer dans le vagin l'eau froide contenue dans un ou deux irrigateurs Eguisier, et par mesure de précaution, on place sur la surface de section un tampon d'ouate sèche ou imbibée d'une solution très-étendue de perchlorure de fer. Ce n'est là qu'un surcroît de prudence, mais il est bon d'y avoir recours, si l'on doit s'éloigner de la malade pendant un temps très-long.

(*A suivre.*)

NOTE SUR UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES PENDANT LA GROSSESSE,

Par le Dr Féréol,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Une des questions les plus délicates et les plus difficiles de la pathologie de la grossesse est assurément celle des vomissements incoercibles. L'inanité presque absolue des médications nombreuses mises en œuvre dans ces cas désespérants, finit toujours par amener le médecin en face de cette ressource dernière de l'avortement provoqué ; ressource bien précaire assurément et souvent bien cruelle, puisqu'il s'agit presque toujours de sacrifier à peu près certainement l'existence possible d'un enfant, à l'espoir souvent chimérique de conserver la vie de la mère. Aussi ne s'étonne-t-on point de voir que beaucoup de bons esprits répugnent invinciblement à cette pratique ; et telle est à peu près la conclusion de la thèse de M. le Dr Guéniot. L'observation, que je rapporte ici, n'est certainement pas de nature à modifier la conviction de ceux qui, même en s'en tenant aux seuls arguments de la science et de la raison, seraient opposés à la médication que j'ai cru devoir tenter dans ce cas. Je ne l'en publie pas moins, persuadé qu'il est de la plus simple loyauté d'apporter au grand jour ses échecs, comme ses succès, dans une question de si haute importance, et qui ne prête sans aucun doute à la controverse que parce que tous les éléments

qui pourraient servir à la juger définitivement n'ont pas été livrés à la publicité. Je discuterai d'ailleurs plus loin les raisons qui nous ont amenés, mes collègues et moi, à nous décider pour une intervention active. Voici d'abord l'observation qui a été recueillie par M. Vincendon, externe du service.

Observation. — Marie M..., âgée de 33 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 17, le 26 décembre 1871 ; elle dit qu'elle a toujours été d'une santé délicate, sans avoir fait aucune maladie grave; elle aurait été réglée à 21 ans seulement, après avoir eu des flueurs blanches très-abondantes, qui sont restées habituelles ; les règles coulent peu, mais viennent tous les mois. Elle est très-nerveuse, présente la boule hystérique, mais n'a jamais eu de grandes attaques; constipation habituelle, très-opiniâtre. Il y a quatre ans, à la suite d'une constipation très-prolongée, elle fut prise de vomissements de matières filantes, glaireuses, qui revenaient habituellement le matin, au saut du lit, et rarement dans la journée. Elle nie toutes habitudes alcooliques (?); cependant elle était fille de salle à la Maternité (où je n'ai pu avoir aucun renseignement sur son compte). Cet état persista pendant deux ans, sans l'empêcher de faire son service, et sans amener de dépérissement notable.

Au commencement du siége de 1870, les vomissements apparurent de nouveau, semblables à ceux qu'elle avait eus auparavant : pas de souffrances, si ce n'est un peu de pesanteur à l'estomac aprés les repas ; mais point d'aigreurs ni de renvois.

Vers la fin de septembre 1871, les règles manquèrent; les vomissements devinrent plus fréquents et elle commença à vomir ses aliments ; les signes d'une grossesse s'accentuèrent dans les mois suivants, et aussi les troubles gastriques. Vers la mi-novembre, ils se compliquèrent de violentes coliques avec diarrhée. Ses forces allèrent en diminuant, en même temps que les douleurs abdominales la forçaient de s'aliter, et c'est ce qui l'oblige à entrer à l'hôpital, le 26 décembre 1871.

A cette époque, on constate chez elle une pâleur anémique très-marquée, avec un peu de gonflement scorbutique des gen-

cives; elle accuse une douleur continuelle au creux de l'estomac, avec exacerbations dilacérantes, remontant un peu dans la direction de l'œsophage, et augmentant à la pression. L'abdomen est modérément distendu; on perçoit nettement le ballottement vaginal et abdominal, mais la palpation la plus attentive ne révèle aucune tumeur appréciable à la région épigastrique. Les vomissements ont lieu surtout le matin, et sont constitués par un liquide filant, verdâtre, sans odeur; en outre la malade est épuisée par un crachottement incessant de liquide d'apparence salivaire. L'amaigrissement est marqué; la faiblesse très-grande. Pas de toux; l'auscultation et la percussion ne révèlent aucune lésion au poumon et au cœur; rien à noter du côté du foie. Au toucher, le col utérin est mou, entr'ouvert, reporté en arrière; l'utérus mobile, indolent, un peu en antéversion. La malade a une soif assez vive; les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Le pouls est petit, fréquent; la peau chaude et sèche. Il y a un dégoût marqué pour toute alimentation.

On essaie successivement les moyens suivants : vésicatoires répétés au creux de l'estomac, avec pansements à la morphine; emplâtre de thériaque de Gueneau de Mussy (soulagement momentané; apaisement des vomissements pendant vingt-quatre heures); cautère volant; bicarbonate de soude, eau de Vichy, eau de Spa, eau de Seltz; pilules de noix vomique, de belladone, de bismuth, de seigle ergoté, d'extrait d'opium (on varie les doses, la fréquence des pilules, etc.) Quassia amara, quinquina; pepsine; glace; régime lacté. Potion de Todd.

On touche au nitrate d'argent une érosion du col utérin qui ne présente du reste rien de plus notable que ce que l'on constate habituellement dans la grossesse.

Ces médications restent absolument sans effet; la malade ne se nourrit qu'à peine, et prend seulement quelques potages qu'elle vomit régulièrement plus ou moins tôt, plus ou moins tard après les avoir pris. Le régime lacté lui a été intolérable; même en donnant le lait glacé, et à très-petites doses répétées à peu d'intervalles.

La malade s'amaigrit en conséquence, perd toute force, et devient d'une pâleur de cire.

Toutefois, un incident vient interrompre pendant trois jours la marche des accidents ; le 10 février, la malade se plaint d'une douleur atroce dans la cuisse et la jambe droite, suivant le trajet du nerf sciatique ; cette douleur lui arrache des cris et la prive totalement de sommeil. Mais, chose étrange, les vomissements ont cessé. Il est vrai que l'alimentation n'en est pas plus reconstituante, l'appétit restant nul. Les choses demeurent en cet état pendant trois jours, avec une légère contracture du membre dans la demi-flexion. Mais la malade supplie avec instance qu'on ne la laisse pas souffrir ainsi ; et on prescrit deux vésicatoires, l'un à la fesse, l'autre au genou. Dès le lendemain, la névralgie sciatique avait diminué ; mais en même temps les vomissements reparaissaient.

On essaie encore, sans succès, une application d'essence de térébenthine sur le creux épigastrique.

L'état s'aggrave de plus en plus ; la malade reste couchée sur le dos, la bouche ouverte, les yeux fermés, poussant, par intervalles, des plaintes inarticulées ; elle accuse des douleurs vives et généralisées par tout le corps ; elle est d'une pâleur et d'une maigreur cadavériques ; c'est à peine si elle peut faire un mouvement ; le pouls est filiforme, et difficile à compter. Bouche sèche, réaction acide de la salive.

MM. les docteurs Cadet de Gassicourt, Raynaud et de Saint-Germain, sont appelés en consultation, et l'on décide qu'on tentera l'avortement provoqué.

20 février. On introduit dans le col une éponge préparée.

Le lendemain, on constate que les vomissements ont cessé ; la malade a eu un peu de sommeil, et paraît mieux ; il y a eu un peu de rétention d'urine ; il a fallu sonder. On convient de surseoir à l'application des dilatateurs (glace sur le ventre ; toucher le col utérin avec un peu d'extrait de belladone. Deux ou trois fois dans la journée, 4 ou 5 gouttes de la solution suivante dans un peu d'eau : teinture de noix vomique 1 gramme ; eau de laurier-cerise, 30 grammes.)

Le 22, tous les accidents ont reparu. On décide de reprendre la dilatation. M. de Saint-Germain essaie de placer le tube Mathieu (modification de l'appareil Tarnier). Il échoue dans cette

tentative, et place alors dans le col un fragment de laminaria. (On entend parfaitement les battements du cœur fœtal.)

Le 23, le tube de Tarnier est introduit très-facilement, grâce à sa courbure, et reste en place jusqu'à sept heures du soir. A ce moment, on sent très-distinctement la tête du fœtus à travers les membranes et il y a des douleurs expulsives à intervalles longs.

Le 24 au matin, les contractions augmentent : dilatation du col, du diamètre d'une pièce de 2 francs. Les choses marchent avec lenteur ; on cherche à les accélérer en faisant sur l'abdomen des séances de faradisation de quinze à vingt minutes de durée, répétées toutes les trois ou quatre heures.

Enfin, le 25 au soir, à 7 heures, la malade accouche spontanément d'un fœtus âgé d'environ six mois, qui vécut une heure environ.

Pendant toute la période de l'accouchement, les vomissements ont continué, bien qu'un peu plus rares.

Le 26, la malade n'a pas vomi depuis l'accouchement ; elle est d'une faiblesse extrême ; dégoût alimentaire absolu. L'abdomen est indolent. Pouls 124. On essaie de faire prendre à la malade alternativement quelques cuillerées de bouillon et de potion de Todd.

Le 27, pas de vomissements ; tympanisme abdominal, mais sans douleur ; lochies peu abondantes. P. 160. T. A. 39. La malade ne prend que du vin et du bouillon.

Le 28. Aucune douleur de l'abdomen, ni spontanée, ni à la pression ; météorisme persistant, diarrhée abondante. Langue naturelle ; pas de fuliginosités. Pas de vomissements. La malade se plaint de douleurs vives dans les membres inférieurs qui sont contracturés dans la demi-flexion : œdème malléolaire.

Le 29. Les vomissements reparaissent, la diarrhée continue. Somnolence et subdelirium. Ventre indolent ; langue naturelle.

Cet état continue du 29 février jusqu'au 8 mars.

A partir du 2 mars, la malade refuse toute espèce de boisson et de nourriture ; on la soutient avec des lavements de vin et de

bouillon. Les vomisssements cessent; mais la malade reste plongée dans une sorte de prostration comateuse, dont on ne la tire que très-difficilement; elle a les yeux fixes, démesurément ouverts; la bouche ouverte; la langue rouge et sèche; le pouls rude, à 160, la température à 40. Elle s'éteint sans râle.

Autopsie, trente-six heures après la mort.

Rien au péritoine; utérus revenu à des dimensions très-voisines de la normale; son tissu, un peu mou et friable, était sain; pas de pus dans les veines, ni dans les lymphatiques; muqueuse ramollie, épaissie et noirâtre.

Cerveau sain.

Plèvres légèrement adhérentes en certains points, surtout à gauche.

Poumons roses, crépitants; on voit à leur surface, des deux côtés, une très-belle injection des vaisseaux lymphatiques, qui, remplis de pus, moniliformes, circonscrivent régulièrement chacun des lobules pulmonaires.

En outre, on trouve disséminés des deux côtés trois ou quatre îlots de pneumonie lobulaire suppurée; la muqueuse bronchique est injectée et rouge, contenant une grande quantité d'écume et de mucus. Les ganglions bronchiques, volumineux, noirâtres (anthracose), présentent, en certains points, une caséification avec ramollissement. Pas de granulations tuberculeuses.

Rien au foie, ni à la rate.

L'estomac est très-profondément altéré; toute la petite courbure, du cardia au pylore, est occupée par une tumeur qui s'étend sur les faces de l'organe, surtout sur la face postérieure; cette tumeur présente sa plus grande épaisseur (2 centimètres) au niveau de la partie moyenne; mais elle est circonscrite par une espèce de bourrelet qui fait saillie sur les parties saines; la surface est tomenteuse, avec des renflements de volume variable, des mamelons irréguliers, mais peu saillants; en aucun point on n'y voit d'ulcérations; la coloration est conformément grisâtre, si ce n'est en certains points où quelques rares vaisseaux y dessinent de petites arborisations. La tumeur arrive jusqu'au pylore qu'elle circonscrit, mais dont l'orifice, plutôt dilaté que rétréci, permet facilement l'introduction de deux doigts. A la

coupe, la tumeur paraît résistante, fibreuse, très-peu vasculaire; le raclage n'en fait point sortir de suc.

(Cette tumeur examinée au microscope par M. Hayem, lui a paru constituer une hypertrophie simple de toutes les tuniques de l'estomac, principalement des couches musculeuse et fibreuse.)

Rien à noter dans l'intestiu grêle, ni dans le gros intestin. Cependant, les ganglions mésentériques étaient très-volumineux, de teinte blanche à la coupe. On en trouvait d'analogues autour du pancréas qui, lui-même, était sain.

Les reins pâles, anémiés, n'offraient pas de granulations à leur surface; les deux substances étaient peu distinctes l'une de l'autre.

Remarques. — Il n'y a pas à insister ici sur les symptômes présentés par la malade et qui reproduisent le tableau classique et d'une désespérante uniformité que chacun connaît.

Lorsque je me décidai à provoquer une consultation et à poser devant mes collègues et amis de Saint-Antoine, la grosse question de l'avortement provoqué, les choses étaient arrivées à ce point que l'imminence de la mort n'était plus douteuse pour personne. A cet égard, notre avis fut unanime, la malade n'avait plus que peu de jours à vivre, et il paraissait évident que le fœtus était condamné à ne pas voir le jour dans des conditions de viabilité ; je sais que c'est là une question de pronostic difficile à trancher. Toujours est-il qu'elle nous parut à tous indiscutable. L'un de nous, néanmoins, M. le Dr Raynaud, était opposé à l'adoption de la mesure extrême que je proposais; il faisait remarquer que les vomissements habituels de la malade, remontant à une époque antérieure de la grossesse, l'état fébrile et la douleur du creux épigastrique signalée dès le début des accidents, semblaient indiquer une lésion à l'estomac; que l'absence d'hématémèse excluait seulement l'idée de toute ulcération, mais était compatible avec l'hypothèse d'une tumeur non ulcérée, qui pouvait échapper à la palpation, ou avec celle d'une gastrite chronique; et que dans ce cas l'opération de l'avortement serait évidemment inutile. Dès lors, il lui semblait

préférable d'attendre ; on avait vu quelquefois la vie se prolonger, dans des circonstances analogues, au delà de toute espérance, et il n'était pas impossible à la rigueur de supposer que l'enfant pût venir au monde avec des chances de viabilité. Dans tous les cas, on aurait la ressource de tenter l'opération césarienne post-mortem.

A ces arguments, dont personne ne contestait la valeur, voici ce qu'il fut répondu.

L'existence d'un certain degré d'inflammation de l'estomac était évidente dès l'entrée de la malade à l'hôpital ; mais il n'en était pas de même de la présence d'une tumeur dont on ne trouvait aucun signe physique, ni rationnel. Il n'était même pas certain que la gastrite datât du commencement de la grossesse, et, à plus forte raison, qu'elle remontât à la première apparition des vomissements. La malade, si elle n'avait jamais éprouvé de grande crise hystérique, avait un cachet nervosique très-prononcé. Il était donc fort possible que les vomissements auxquels elle était sujette depuis fort longtemps, et qui n'avaient d'ailleurs, jusqu'à la grossesse, aucunement altéré sa constitution, fussent des vomissements purement nerveux.

A cela, il est vrai, on pouvait repondre que ces vomissements, matutinaux, glaireux, nullement alimentaires, avaient plutôt le caractère d'une pituite alcoolique, compatible avec un embonpoint quelquefois considérable, comme chacun sait ; et les dénégations de la malade sur ce sujet pouvaient ne pas paraître absolument dignes de foi.

Mais il s'était passé précisément sous nos yeux un fait singulier qui nous avait impressionné vivement; pendant trois jours il y avait eu une sorte de déplacement des phénomènes morbides ; les vomissements avaient complètement disparu, pendant qu'un phénomène d'ordre nerveux, une névralgie sciatique d'une grande intensité occupait le premier plan de la scène morbide ; et c'était seulement au moment où, vaincu par les instances de la malade, nous consentions à diriger une médication malheureuse contre cette névralgie sciatique, que les vomissements reparaissaient.

Cette sorte de balancement de symptômes, qui, l'autopsie

nous l'a prouvé, n'était qu'une question de dérivation, nous parut alors venir en aide à l'hypothèse de la nature foncièrement nerveuse des accidents auxquels la malade était en proie.

Il nous paraissait, d'ailleurs, évident que la mort était tout à fait certaine, et dans un délai très-rapproché, si nous n'intervenions point; et c'est sous l'empire de cette crainte, qui menaçait le fœtus autant que la mère, et sous la pression de l'adage *melius anceps quam nullum*, que l'opération fut résolue.

Cette opération fut simple en elle-même (1) : Les suites immédiates n'en ont pas été mauvaises; je dirai même que, pendant quelque temps, on a pu croire que l'effet qu'on en attendait allait se réaliser; pendant trois jours, à la suite de l'avortement, les vomissements ont cessé absolument. La malade s'alimentait toujours avec beaucoup de difficultés; elle ne prenait guère que du vin, du bouillon, et quelques cuillerées de potion de Todd. Mais enfin, elle les gardait; si bien qu'il n'est pas illogique de penser que, dans le cas où l'estomac n'aurait pas été lésé gravement, le succès de la médication aurait peut-être été complet.

Malheureusement nous n'avions pas affaire ici à un simple trouble fonctionnel; comme cela est arrivé si fréquemment dans ces cas funestes, l'autopsie est venue nous révéler l'existence d'une lésion, et donner ainsi toute justification, je me plais à le reconnaître, à l'interprétation de mon ami le Dr Raynaud; elle lui a apporté, en même temps, une pièce anatomique fort curieuse et venant à l'appui de certaines vues originales qui lui appartiennent sur la coïncidence de certaines lésions de l'estomac avec la lymphangite pulmonaire. Je ne fais que signaler ici ce point de mon observation que je suis heureux de lui abandonner, et dont il tirera meilleur parti que je ne le pourrais faire.

C'est surtout au point de vue de la clinique que j'ai tenu à rapporter dans tous ses détails ce fait intéressant. Je ne me dis-

---

(1) Je signalerai cependant cette circonstance que la modification apportée par M. Mathieu, sous prétexte de simplification, à l'instrument de M. Tarnier, ne nous a pas paru heureuse.

simule pas qu'il plaide peu en faveur de l'avortement provoqué ; et pourtant il me reste la conviction que, même dans ce cas qui était fatalement voué à l'insuccès, l'intervention chirurgicale a prolongé les jours de la malade, et que dans toute hypothèse, l'enfant, comme la mère, ne pouvait échapper à la mort.

DES CAUSES D'ERREUR

DANS LE DIAGNOSTIC DE LA GROSSESSE,

Par le professeur Pajot (1).

La grossesse a été tant étudiée, les traités, les manuels, les leçons dogmatiques ou à prétentions cliniques ont si souvent ressassé ce sujet, qu'il paraît être absolument connu et ne plus présenter ni obscurités ni difficultés au praticien.

Le perfectionnement des méthodes et des procédés d'exploration, l'application, relativement récente, du stéthoscope et du plessimètre, venant ajouter de nouveaux signes à ceux déjà connus et transmis par la tradition obstétricale, tout semble concourir aujourd'hui à faire du diagnostic de la grossesse un problème définitivement résolu et touchant à la banalité. Le public lui-même, décidant avec sa témérité habituelle d'affirmation, et toujours prêt à trancher les questions dont il ne sait pas le premier mot, n'hésite point à considérer comme un ignorant de première classe le malheureux médecin coupable d'avoir commis une erreur à propos de la grossesse.

Et cependant combien ce diagnostic n'est-il pas parfois difficile !

Sans doute, dans la grande majorité des cas, la grossesse avancée est tout ce qu'il y a [de plus facile à reconnaître pour un homme instruit ; mais il ne faudrait pas croire qu'à une époque peu éloignée du terme même, aucune erreur excusable ne puisse être commise. Je ferais un volume respectable

---

(1) Une partie de ce travail a été publiée dans le *Bulletin de thérapeutique*.

s'il me fallait raconter en détail l'histoire de tous les diagnostics erronés dont j'ai été le témoin dans une pratique seulement de trente années, et je ne parle pas des sages-femmes, mais de praticiens exerçant depuis plus ou moins longtemps, et quelquefois depuis fort longtemps.

Ces erreurs, pleines d'enseignements, m'ont appris qu'elles pouvaient être divisées en trois grandes classes :

1° Affirmation de la grossesse quand elle n'existe pas ;

2° Négation de la grossesse quand elle existe ;

3° Confusion d'une espèce de grossesse avec une autre.

Les causes de ces trois classes d'erreurs sont très-nombreuses; loin de moi la prétention de n'en omettre aucune. Je parlerai de celles qu'il m'a été donné d'observer, d'autres médecins en ajouteront de nouvelles et un chapitre s'adjoindra ainsi à l'histoire de la grossesse. Ou je me trompe, ou ce ne sera pas le moins intéressant.

1° Quels phénomènes peuvent donc égarer le praticien au point de lui faire diagnostiquer une grossesse quand elle n'existe pas ?

Les causes d'erreurs ont été le plus souvent :

(a) Une fausse interprétation des troubles fonctionnels ;

(b) L'existence de tumeurs diverses de l'abdomen ou du bassin ;

(c) Des modifications du col représentant celles de la grossesse;

(d) Des signes stéthoscopiques comparables aux bruits utérins et fœtaux ;

(e) Les sensations trompeuses de mouvements accusées par la mère.

(a) *Examinons d'abord ce qu'il faut entendre par interprétation fausse des troubles fonctionnels.* — C'était une opinion encore très-répandue parmi les médecins, il y a une trentaine d'années environ, opinion qui s'est un peu modifiée aujourd'hui, et j'espère ne pas avoir été tout à fait étranger à ce changement ; c'était, dis-je, une opinion facilement acceptée, que bon nombre de femmes pouvaient être enceintes et continuer à avoir leurs règles comme à l'ordinaire.

Quand P. Dubois m'eut offert ce témoignage d'estime de

m'associer à son grand ouvrage interrompu par la maladie, préférant ainsi un élève d'une assiduité de vingt ans à d'autres amis qui se fussent trouvés honorés d'être ses collaborateurs, en 1860, j'écrivis dans la seconde livraison : « Les femmes dont les règles se montrent pendant toute la durée de la grossesse égales en quantité, qualité et régularité à ce qu'elles sont hors de l'état de gestation, sont des exceptions extrêmement rares. »

P. Dubois ne refusa pas à cette formule son complet assentiment ; elle a été depuis adoptée par presque tous les accoucheurs, ce qui m'autorisa à professer cet aphorisme : « Quand une femme a ses règles en quantité, qualité et régularité égales à ce qu'elles sont d'habitude, sans dispenser d'un examen minutieux, la première pensée de l'accoucheur doit être que la femme n'est pas enceinte. »

De véritables règles peuvent-elles, en effet, se montrer pendant la grossesse ?

Si l'on applique le nom de *règles* à tout écoulement sanguin arrivant au dehors par les voies génitales, ce que personne n'admet aujourd'hui, il est incontestable qu'un très-grand nombre de sujets auraient leurs règles pendant la gestation ; et la cause de l'erreur, autrefois commune, est certainement la fréquence de ces hémorrhagies, fréquence assez grande pour sembler infirmer l'aphorisme ci-dessus, accepté par le plus grand nombre des accoucheurs contemporains.

Mais si l'on restreint, comme le veut une saine interprétation physiologique, le nom de *règles* à l'écoulement sanguin, phénomène symptomatique accessoire, bien qu'ordinaire, de l'ovulation spontanée, la question est alors de savoir si la femme enceinte peut, pendant plusieurs mois ou même pendant la durée de la grossesse, continuer à présenter les phénomènes de maturation, de déhiscence et enfin de transport de l'ovule ; en un mot, si l'ovulation peut encore se produire, quand déjà, dans l'utérus, est renfermé un œuf fécondé ou un produit de conception en voie d'organisation.

La question est celle-là et pas autre. C'est peut-être pour l'avoir longtemps méconnue qu'on a accepté trop légèrement

et comme un fait dont l'étrangeté n'avait rien de frappant, la prétendue continuité de véritables règles pendant les neuf mois de la grossesse. On avait ainsi, s'en sans douter, presque résolu d'avance et affirmativement le problème, au moins fort obscur, des superfétations à longue distance de la conception première.

Sans doute, comme l'a démontré Coste, l'écoulement menstruel peut apparaître sans l'accompagnement de la maturité, de la déhiscence vésiculaire et de la sortie de l'œuf; mais, d'une part, les faits de menstruation sans ovulation sont tout à fait exceptionnels, et, d'ailleurs, jamais des règles véritables ne se montrent sans une connexité fatale entre elles et la turgescence de l'ovaire, de la muqueuse utérine et de l'appareil tout entier. Il y avait donc intérêt à rechercher si, dans les espèces animales supérieures, on ne rencontrerait pas l'exemple de quelque femelle présentant, même comme un fait exceptionnel, l'apparition d'un rut nouveau à une époque indéterminée de la gestation. Aucune observation des zoologistes ne vient à l'appui de cette idée, au moins pour les espèces supérieures. La répulsion pour le mâle, de la part de femelles pleines, est une remarque vulgaire et, chez certains animaux dont la gestation se prolonge beaucoup, comme chez la vache, la jument, l'éléphant, aucun indice de rut n'est signalé par les observateurs. Chez le chevreuil, dont la femelle paraîtrait disposée, plus que toute autre, à présenter un rut pour ainsi dire surnuméraire pendant la gestation, puisque l'œuf, selon Bischoff et Milne Edwards, reste pendant plus de quatre mois renfermé dans l'utérus en état d'inactivité à peu près complète, aucune mention d'un rut nouveau n'a été faite par les savants observateurs qui se sont occupés de ces recherches. Or le fait serait, certes, trop intéressant, s'il existait, pour n'avoir pas été l'objet des remarques de quelques-uns d'entre eux.

Dans l'espèce humaine, il est vrai, le rut obligatoire n'existant pas, et les rapports sexuels pouvant avoir lieu en tous temps, l'orgasme de l'appareil génital, sollicité par des excitations plus ou moins fréquentes, est susceptible d'amener l'hémorrhagie, soit au temps où elle a lieu d'ordinaire, soit à toute autre épo-

que pendant la grossesse. Mais ce ne sont pas là des règles véritables, ce sont tout simplement de ces hémorrhagies si faciles à produire, par congestion ou par balistique, alors que, comme j'ai coutume de l'enseigner, l'œuf est, pour ainsi dire, *placenta partout*.

En m'appuyant sur toutes ces raisons et sur d'autres encore puisées dans les connexions de l'œuf et l'état de la muqueuse, je me suis cru autorisé à formuler le précepte précédent: quand une femme a ses règles comme à l'ordinaire, pensez tout d'abord qu'elle n'est pas enceinte. A mon sens, il est très-utile en pratique de se rappeler cette formule, et, sur ce sujet surtout, il faut être sévère à l'exception.

Il est, dans tous les cas, nécessaire de se livrer à un examen complet; mais une fois sur ses gardes, le praticien sera à l'abri de l'erreur.

Il convient, à cet égard, de se défier particulièrement des femmes parvenues à l'âge de trente à quarante ans, n'ayant jamais pu avoir d'enfant, et en désirant avec d'autant plus de passion qu'elles sentent approcher l'heure où toute espérance sera perdue. Ces affolées de grossesse prennent aisément leurs désirs pour des réalités : elles trompent le jeune médecin avec tant de conviction et de bonne foi, qu'il serait vraiment difficile, si l'on n'était suffisamment prévenu, de ne pas tomber dans le piége de leurs illusions. Elles ont leurs règles, disent-elles, mais une de leurs amies a vu plusieurs fois ses règles pendant sa grossesse, et elle n'en est pas moins accouchée parfaitement bien. D'ailleurs, leur ventre grossit beaucoup, et elles sentent toujours remuer.

Combien de fois ai-je entendu tout cela ! et quel vieil accoucheur, devenu sceptique, ne se souvient d'avoir manqué d'y être pris pendant sa jeunesse?

Les troubles digestifs sont des symptômes communs à trop de maladies pour qu'on y attache jamais grande importance. Les modifications mammaires persistent parfois pendant longtemps après un premier accouchement; je vois, en ce moment même, une jeune dame accouchée depuis quatre ans de son second enfant; elle n'a jamais nourri, et les mamelles ont encore du

lait. Les changements survenus dans les seins, de même que la coloration de la ligne blanche, se rencontrent d'ailleurs avec certaines tumeurs de la matrice et des ovaires. Mais il est inutile d'insister, ces signes accessoires ne deviendront jamais les causes d'erreurs comparables aux interprétations erronées des phénomènes de la menstruation.

(*b*) *L'existence de tumeurs de différente nature siégeant dans le bassin ou l'abdomen.* — On peut le dire ici, sans crainte de démenti, pas une seule des erreurs de ce genre, pouvant être commises, ne manque d'exemples.

Kystes de l'ovaire, ascite, fibromes, rétention des règles, abcès, engorgements utérins, météorisme, etc., pour toutes ces productions, tous ces états pathologiques, on citerait des cas d'erreur de diagnostic reconnus plus tard, soit par leurs auteurs eux-mêmes, soit par d'autres praticiens.

Outre les caractères particuliers à chaque genre de ces tumeurs ou de ces états morbides, caractères décrits avec détail dans tous les traités de chirurgie, il existe un phénomène absolument *spécial* à la grossesse normale parvenue au dernier tiers de sa durée, phénomène que ne présentent jamais les tumeurs pathologiques, quelles qu'elles soient.

En y insistant par-dessus tout, dans l'enseignement à la Faculté, j'ai l'espérance d'avoir fait éviter un certain nombre de fautes en présence de cas difficiles.

L'utérus gravide, à partir du dernier tiers de la grossesse, et parfois de la seconde moitié, est la *seule* tumeur abdominale dans laquelle on puisse percevoir nettement la présence de *corps solides mobiles dans un liquide.*

Qu'on ne m'objecte ni les calculs vésicaux, ni les flexions utérines, ni ces kystes ovariques anciens, à parois épaisses et à stalactites fibreuses envoyant leurs prolongements dans la cavité. J'ai eu l'occasion d'examiner deux fois des calculs, trois cas de ces kystes, dont un à la Clinique d'accouchements, et un grand nombre de flexions, et la confusion me semble tout à fait impossible. Les tumeurs réalisant ces deux conditions, *solides et liquides à la fois*, sont certainement assez communes ; mais dans ces tumeurs le liquide est contenu dans le solide, et c'est

le contraire pour la grossesse ; d'ailleurs, les signes généraux et locaux sont là pour éclairer bientôt un observateur quelque peu attentif.

Dans les grossesses anormales, il se présente des difficultés d'un autre genre ; j'en traiterai à propos de la troisième classe.

C'est par le palper et le toucher qu'on perçoit *la mobilité du corps solide,* c'est-à-dire des parties fœtales ou du fœtus tout entier; et ces mouvements ont reçu, comme tout le monde le sait, les noms de *ballottement abdominal* et *vaginal.* Ce dernier signe, je le considère pour ma part comme aussi probant que les bruits du cœur, et j'ai vu souvent P. Dubois se contenter du *ballottement vaginal seul* pour affirmer sûrement la grossesse ; mais, de tous les signes d'une grande valeur, il n'en est pas dont l'étude paraisse plus difficile aux jeunes médecins et aux élèves. Parmi les milliers de jeunes gens auxquels j'ai enseigné à constater le ballottement, il y avait toujours un grand nombre de rebelles. Pour ceux-là, le phénomène demeurait entouré d'obscurités, et ce n'était qu'à force de ténacité et d'insistance que je parvenais à empêcher leur découragement. Combien m'ont témoigné depuis qu'ils ne l'avaient pas oublié !

Mais quand le médecin a une fois perçu nettement la sensation, la méconnaître est impossible : le signe lui est acquis à jamais. Aussi n'est-il pas permis d'accepter qu'on puisse confondre, quand on est suffisamment instruit, le *ballottement vaginal,* et même ce que j'ai appelé le *soulèvement fœtal*, avec la sensation produite ou par une flexion utérine, ou par un calcul vésical, ou par une tumeur quelconque, autre qu'un utérus gravide, parvenu au moins à la moitié de son développement. La confusion ne sera faite par aucun médecin ayant une notion précise du ballottement ; malheureusement ce signe n'existe pas toujours, et, dans nos exercices pratiques, il arrivait assez souvent qu'à la suite d'un choc un peu trop rude, quinze ou vingt élèves l'ayant perçu nettement, il disparaissait pendant longtemps et jusqu'à ce que la matrice eût ramené le fœtus dans sa position primitive.

J'ai souvent, à ce propos, signalé cette coïncidence d'un battement artériel (*pouls vaginal*) dans le cul-de-sac antérieur, au

point exact sur lequel reposait la partie fœtale sentie par l'indicateur, et la disparition momentanée de ce battement suivant le déplacement du fœtus, de sorte qu'il semblait — je ne considère pas le fait comme certain — qu'il y eût une corrélation entre la pression exercée par la partie fœtale et la manifestation de ce battement.

Le *ballottement abdominal* pourrait être mieux confondu avec les sensations fournies par certaines tumeurs kystiques du bassin, surtout celles dont les parois épaissies envoient à l'intérieur des prolongements fibreux ; mais les symptômes généraux dissiperaient bientôt tous les doutes. Cependant le palper seul donne parfois des signes trompeurs.

Le *météorisme* et aussi l'*embonpoint* excessif survenu rapidement ont été pris pour des grossesses. Voici deux faits choisis entre plusieurs, qui montrent cette erreur dans des conditions singulières.

Il y a plus de vingt-cinq ans, on me pria de voir une dame d'une trentaine d'années, mariée à un officier en retraite sexagénaire et très-cassé. La personne à laquelle on me présenta était une femme brune de peau, à cheveux très-noirs, un peu maigre, évidemment hystérique d'après les renseignements recueillis, menant une vie sédentaire, digérant mal, habituellement constipée et tourmentée depuis longtemps d'un désir immodéré d'être enceinte, désir enfin réalisé.

On ne me faisait pas venir pour constater la grossesse, certaine pour tout le monde, et reconnue, d'ailleurs, par une sage-femme. La question qu'on me posait, en présence du mari et du frère de la dame, était celle-ci : « Avait-on le temps, avant l'accouchement, d'accomplir un voyage important, pour des affaires de famille, et pouvait-on espérer être revenu à temps, pour faire ses couches à Paris ? Le voyage demandait près d'un mois.

La jeune femme était vêtue d'un peignoir flottant sans ceinture. Le volume du ventre n'était pas appréciable. Elle consentit à se placer sur son lit.

La palpation me fit faire un mouvement involontaire de surprise. J'étais encore jeune et peu cuirassé contre les étonne-

ments que nous réserve la clientèle. L'abdomen était assez tendu, mais il n'y avait pas d'utérus de huit mois, ni de six, ni de cinq, ni de quatre.

Je m'informai des règles. Elles étaient régulières. Je touchai. La matrice était petite, le col dur et en toupie. La grossesse n'existait pas. Manquant de l'autorité, à la fois de l'âge et d'une longue expérience, qu'allais-je dire à ces gens-là? Je pris le parti de garder le silence avec la jeune femme. Le frère et le mari furent appelés près de moi, dans une chambre voisine, et je leur confessai toute la vérité. La stupéfaction du mari, surtout, fut d'abord extrême. On accueillit ma déclaration avec une politesse suffisante, mais il était facile de s'apercevoir, qu'en raison de ma jeunesse, ces messieurs, ayant réfléchi, ne croyaient pas un mot de ce que j'avais eu l'honneur de leur dire.

Trois ans après, j'eus des nouvelles de cette dame par une de ses amies. Elle n'était pas encore accouchée!

Quelques années plus tard, on m'adressa de Londres une dame française, habitant ordinairement l'Angleterre. Pour des raisons particulières, elle venait faire ses couches à Paris. *C'était son second enfant,* le premier était une belle petite fille de trois à quatre ans qu'elle avait amenée.

Cette dame était une des jeunes femmes les plus grosses que j'aie vues de ma vie. Elle avait un visage admirable de beauté, mais une stature et une opulence de formes colossales. On va voir que ce détail n'est pas inutile.

Elle était enceinte d'environ huit mois, à son compte. Elle me montra une lettre d'une personne connue et me pria de l'assister dans son accouchement et de lui dire, dès à présent, si elle ne se trompait point sur l'époque de sa grossesse.

Quand elle fut placée sur son lit, je procédai au palper. Je n'avais pas encore vu, chez une jeune femme, et je n'ai pas revu depuis d'abdomen comparable à celui-là. Les parois du ventre avaient trois à quatre travers de doigt d'épaisseur, et la palpation n'était pas facile.

Pourtant je m'y pris de toutes les façons pour trouver un utérus développé. Il n'y en avait point. De huit mois, de sept,

de six même, la certitude était acquise. Il n'y en avait point. Mais de trois mois, de quatre? J'interrogeai les règles. Elles venaient régulièrement. Le toucher me fut accordé. C'était bien une autre difficulté. Des grandes lèvres énormes, non pas infiltrées, mais gorgées de graisse et un périnée peu dépressible. Enfin, avec beaucoup de peine, j'atteignis le col. Il était dur, l'orifice transversal fermé.

Ma conviction était faite. Je lui signifiai qu'elle n'était point enceinte, ce à quoi elle répondit triomphalement, *qu'elle avait senti remuer* et qu'elle venait d'acheter pour 150 francs de layette. Cet argument féminin ne me convainquit pas et je la quittai en lui disant : Vous êtes peut-être enceinte depuis la semaine dernière, mais je ne puis pas le savoir.

Deux jours après, elle me rappela.

« Toute bouleversée par votre déclaration, me dit-elle, j'ai fait venir un autre médecin; il m'a affirmé que j'étais enceinte, qu'une saignée ferait remuer mon enfant beaucoup plus fort et de façon à lever tous les doutes.

Je lui conseillai d'aller trouver P. Dubois, avec une lettre de moi, ce qu'elle fit, et le lendemain, à l'hôpital, le maître me dit qu'elle n'était point enceinte, et il avait remarqué aussi combien l'examen était difficile.

Or, cette dame resta, malgré tout, encore six semaines à Paris, se fit saigner par le médecin en question pour faire remuer son enfant, qui s'obstina à ne pas remuer.

Enfin, elle retourna en Angleterre. Mais ici, nous tombons presque dans l'extravagant, et à coup sûr dans la bizarrerie la plus curieuse.

Environ huit mois après, je recevais une lettre de la personne qui m'avait adressé cette dame.

Ma belle et grosse cliente venait d'accoucher à Londres, et quand je lui avais dit, en plaisantant : Vous êtes peut-être enceinte de la semaine dernière, c'était vrai.

Et l'on me demandait, pour je ne sais quel procès, un certificat de constation de grossesse de huit jours!

Les Anglais se seraient-ils assez moqués d'elle surtout, et de

moi principalement. Je déclarai modestement que mon diagnostic manquait un peu de certitude.

(c) *Les modifications du col comparables à celles de la grossesse* sont d'un intérêt assez secondaire, au point de vue des erreurs possibles. Chez des femmes n'ayant jamais eu d'enfant, l'état de la partie inférieure du col et de l'orifice, à la veille et au lendemain des règles, pourra donner l'idée du commencement d'une grossesse; mais la menstruation régulière éclaircira bientôt le diagnostic; d'ailleurs il ne s'agirait que d'une grossesse présumable.

Parfois aussi, l'existence d'une tumeur intra-utérine due, soit à une production homéomorphe dont la femme peut accoucher, comme je viens d'en voir encore un exemple tout récent, soit à un produit de conception plus ou moins dégénéré, depuis la transformation de l'œuf en masse solide jusqu'à la métamorphose du placenta en chapelets hydatiformes, noyés dans une très-grande quantité de liquide, comme j'en ai pu observer plusieurs cas, et un entre autres très-remarquable, vu il y a quinze ans avec le docteur Gocherand fils. Chez une malade qui habitait Ivry, les règles manquaient depuis près de quatre mois seulement, et l'utérus présentait le volume d'une grossesse presque à terme. Les troubles digestifs, les signes mammaires, tout indiquait une grossesse chez cette malade, déjà mère d'un enfant; le col présentait les modifications observées d'ordinaire dans un utérus gravide de huit mois à huit mois et demi. Ce col avait toute sa longueur, il était ramolli; l'orifice externe largement ouvert, et l'interne absolument fermé. On ne sentait aucun corps solide dans l'utérus, la fluctuation était nette. La malade présentait un état typhoïde grave. Je conseillai l'introduction d'une sonde dans la cavité utérine et de faibles doses d'ergot; près de 2 litres de liquide furent expulsés, et je recueillis plus de 1,000 grammes de vésicules choriales. Je les apportai à P. Dubois, qui fit sur ce sujet une très-intéressante leçon véritablement clinique.

Il serait peu utile d'en dire davantage sur les causes d'erreur relatives aux modifications du col, car les changements subis par cette portion de la matrice sont généralement considérés

comme des signes plus propres à confirmer le diagnostic qu'à l'établir d'une manière certaine.

(*d*) *Des signes stéthoscopiques comparables aux bruits utérins ou fœtaux.* — Classiquement, les signes stéthoscopiques de la grossesse sont divisés en bruit de *souffle* et bruit de *cœur fœtal.*

Il ne semble donc point qu'en un pareil sujet, aucune erreur soit à craindre au point de vue de l'affirmation d'une grossesse qui n'existerait pas. La pratique démontre qu'il est loin d'en être ainsi. Les auteurs classiques, se perdant tous dans les divagations des théories sur la production du souffle, ne nous paraissent point encore être arrivés à une classification complète de ces bruits.

Les souffles perçus pendant la grossesse, seulement dans la cavité abdominale et en laissant de côté le cœur et les gros vaisseaux, sont, pour moi, au nombre de *quatre :*

1° Le *souffle ordinaire classique,* sans choc, isochrone au pouls maternel, faible ou fort, variant seulement par l'intensité, et produisant l'illusion d'une variation par éloignement, variant aussi par situation, mais ordinairement entendu sur les parties latérales et inférieures de l'utérus, assez souvent très en arrière, parfois, mais rarement, en haut et partout, fugace, apparaissant et disparaissant quelquefois avec les mouvements fœtaux;

2° Le *même souffle classique*, avec tous ses caractères, mais accompagné d'*un piaulement ou bruit musical ;*

3° Le *souffle avec choc,* entendu dans les mêmes points ou plus au centre, mais accompagné d'un choc et d'une impulsion perceptibles à l'oreille et à la main. Cette variété, signalée dans mes cours depuis plus de vingt ans, vient d'être, à ce qu'il paraît, découverte cette année par un savant de la banlieue de Berlin, et j'ai reçu avis de cette toute fraîche nouveauté germanique par un interne des hôpitaux, M. Dupuy ; ce jeune médecin, me l'ayant entendu décrire à la Faculté, a eu la bonté de m'informer de l'apparition toute récente du *souffle avec choc* dans les utérus allemands.

Quoi qu'il en soit, c'est principalement quand l'utérus se contracte, avec ou sans douleur, qu'on perçoit ce souffle et son choc caractéristique ; aussi, dans certains avortements, accou-

chements prématurés, et parfois dans le commencement du travail à terme, peut-on constater avec l'oreille le bruit de souffle et le bruit de choc; et par la main, même par la vue, l'impulsion ou le soulèvement en avant imprimé à l'utérus;

4° Les *souffles fœtaux,* nés de la circulation cardiaque ou funiculaire, dont la distinction, quant à la source, semble exiger de nouvelles recherches.

Telle est la classification des *souffles* entendus dans l'abdomen pendant la grossesse; or certains états pathologiques du ventre et du bassin permettent quelquefois d'entendre la première et la troisième espèce de ces bruits, c'est-à-dire le souffle classique et le souffle avec choc.

J'ai été témoin de plusieurs erreurs dans des cas de ce genre, et l'on a pu voir pendant six à sept années, dans mes cours particuliers, une femme présentée à dessein comme enceinte de huit à neuf mois, et confondue au milieu de véritables grossesses; cette femme portait un fibrôme volumineux; on entendait un souffle très-marqué. Elle répétait d'ailleurs avec intelligence la leçon que je lui avais faite, et un grand nombre d'élèves et de médecins s'y sont laissé prendre.

Mais généralement les autres caractères de la tumeur ne permettent guère la confusion avec une grossesse normale. D'ailleurs, le médecin ne doit jamais baser son opinion sur la constatation d'un seul phénomène, entraînant au plus la probabilité, et même après la perception des signes dits *de certitude*, il est toujours bon de rechercher les autres. Cette conduite est prudente en vue des grossesses compliquées et extra-utérines. Celles-ci offrent souvent, en effet, de grandes difficultés; mais ce que j'en pourrai dire sera plus méthodiquement placé dans la seconde partie de ce travail, à propos du diagnostic différentiel des grossesses entre elles.

Les bruits du cœur fœtal, eux aussi, se présentent avec des caractères si évidents, le nombre de leurs battements, leur rhythme, leur situation, tout concourt à éloigner l'idée d'une méprise possible; une assimilation avec les bruits de l'abdomen, quels qu'ils soient, ne vient même pas à la pensée.

Des gens instruits, à la suite d'un examen trop superficiel, sans doute, se sont cependant trompés à leur sujet.

P. Dubois a commis cette erreur deux fois à ma connaissance, et les assistants, élèves et médecins (j'en étais), partagèrent sa méprise dans l'un des cas.

Il s'agissait d'une femme amenée des environs de Paris, en travail depuis trois jours, et présentant un rétrécissement pelvien méconnu. Rien n'avait été fait. P. Dubois nous expliqua qu'ayant entendu le cœur fœtal, il tenterait une application de forceps, au lieu de pratiquer d'emblée la céphalotripsie. Quelques medecins auscultèrent et entendirent les bruits du cœur. J'auscultai à mon tour, et j'entendis les bruits du cœur.

L'application du forceps fut faite à l'amphithéâtre, en présence de tous les élèves ; elle réussit et amena un enfant à terme, *mort dans l'œuf depuis plusieurs jours et déjà macéré.*

Nous nous regardâmes tous assez confus, mais satisfaits, au fond, d'avoir vu l'erreur partagée par le chef. Qu'avions-nous donc entendu? Les battements du cœur de la mère retentissant jusque dans l'abdomen. Cette femme avait plus de cent vingt pulsations, et sur la parole du maître nul de nous n'avait songé à comparer le prétendu cœur fœtal au pouls maternel.

Dans une autre circonstance, une femme de la Clinique, enceinte de sept mois et demi, attira l'attention par un ventre d'un volume plus qu'ordinaire à cette époque de la grossesse. P. Dubois l'examina, et devant les déclarations précises de cette femme, confirmées par l'état du col et la hauteur de l'utérus, il conclut à une grossesse de sept mois et demi, en effet, mais avec une quantité de liquide plus considérable qu'à l'état normal. J'examinai cette femme, je l'auscultai avec soin et j'entendis les battements du cœur fœtal *sur deux points opposés*, ceux du côté gauche plus forts que ceux du côté droit. M. Campbell, alors chef de clinique, fut prié par moi d'ausculter la malade ; il confirma mon observation. Nous comptâmes, chacun de notre côté, et l'expérience plusieurs fois répétée nous donna une différence de six à dix pulsations. P. Dubois fut prévenu ; il ausculta la malade à son tour, conclut que les deux battements appartenaient à un seul enfant et en parla dans sa leçon. La

femme sortit de l'hôpital huit jours après, sans être accouchée. Au grand regret de M. Campbell et au mien, nous crûmes l'observation perdue ; mais la femme revint à l'hôpital au moment du terme, elle y accoucha de deux jumeaux. Le lendemain, à la Clinique, le maître, avec cette bonne foi qui était un des traits saillants de son caractère, s'exécuta fort galamment et rendit justice aux oreilles de ses deux élèves.

Ces deux erreurs, auxquelles je pourrais en joindre plusieurs autres, mais moins publiques et venues de moins haut, suffisent à prouver d'abord que l'erreur est possible, même sur la question du cœur fœtal, et ensuite combien il importe de comparer toujours les deux circulations.

Des battements artériels de la mère, lorsque le cœur se contracte rapidement sous l'influence soit de l'émotion causée par l'examen, soit de l'état fébrile, deviendraient encore l'occasion d'une faute pareille. La comparaison avec le pouls de la mère la rend presque impossible.

Mais le fœtus peut être mort, et l'auscultation ne donner aucun signe, dans une véritable grossesse. La supposition de la mort du fœtus viendrait-elle à être admise dans un cas de tumeur douteuse, c'est aux autres phénomènes qu'il faut recourir alors.

Comme signes affirmatifs, les résultats de l'auscultation, au moins quant aux bruits fœtaux, entraînent, avec les précautions nécessaires, la certitude absolue. Les résultats négatifs n'ont, pour ainsi dire, aucune valeur, ni pour, ni contre l'existence de la grossesse. En deux mots : entendre les bruits du cœur permet d'affirmer ; ne pas les entendre n'autorise ni l'affirmation ni la négation.

Les autres bruits perçus dans la cavité abdominale ne seront jamais confondus avec les précédents ; mais il en est un, fort peu décrit, difficile à constater, et de nature à rendre de grands services à une époque encore peu avancée de la grossesse, quand elle est devenue probable, mais ne présente encore aucun caractère certain. Je me propose d'en traiter dans la seconde partie.

(*e*) Enfin *les mouvements perçus par les femmes* comme produits par le fœtus doivent être acceptés par le médecin sous

bénéfice d'inventaire. L'accoucheur seul a qualité pour apprécier la véritable nature des mouvements ressentis. Qu'on se souvienne seulement de cette remarque, l'expérience en a mille fois confirmé la justesse : *toutes les femmes n'étant point enceintes et croyant l'être sentent remuer ;* et il ne faut pas oublier, de plus, qu'il existe de très-rares sujets dont la paroi abdominale a la propriété de se contracter partiellement sous la main et de simuler un mouvement capable de tromper, lorsque l'examen n'est pas fait avec toute la rigueur et l'attention nécessaires.

Je passe maintenant à l'examen des deux autres questions :

1° Quelles causes d'erreur font méconnaître une grossesse ?

2° Comment une espèce de grossesse peut-elle être confondue avec une autre ?

1° *Méconnaître la grossesse quand elle existe*, telle est la seconde classe d'erreurs possibles dans le diagnostic.

Moins communes peut-être que celles de la première espèce, ces méprises ne sont cependant pas non plus très-rares, et les hommes parmi les plus justement considérés en médecine et en chirurgie ne les ont pas toujours évitées.

L'absence complète des modifications fonctionnelles des premiers temps, les irrégularités de la menstruation, habituelles chez certains sujets, le manque absolu de la fonction, soit par apparition tardive, soit sous l'influence d'un état diathésique, soit encore par l'allaitement, etc., peuvent tout d'abord jeter de l'obscurité dans les quatre ou cinq premiers mois, et des traitements ont été conseillés et institués, des opérations même ont été faites et suivies des plus déplorables résultats, dans certains cas de grossesses, de trois à cinq mois, méconnues.

Mon collègue et ami M. Dolbeau se rappellera, entre autres, une jeune femme vue par lui et moi dans le service de Nélaton, à l'hôpital des Cliniques.

Elle y était arrivée avec cette note : « *Kyste de l'ovaire.* »

M. Dolbeau, alors interne de Nélaton, conçut des doutes sur le diagnostic et me pria de vouloir bien l'examiner, ce que nous fîmes ensemble à la visite du soir, et, non sans beaucoup de difficulté, nous parvînmes tous deux à entendre les bruits du

cœur fœtal! J'ai vu une grossesse de quatre mois prise pour un abcès et ouverte avec le bistouri introduit dans le vagin par un de mes anciens maîtres des plus instruits et des plus vénérés. Tout le monde sait l'histoire d'un utérus gravide *de huit mois* ponctionné dans un grand hôpital.

Parfois la grossesse des premiers temps se trouve masquée par un état morbide antérieur, par une tumeur concomitante, et si l'une des conséquences de cette tumeur est de donner lieu à des hémorrhagies modérées, il devient difficile d'éviter l'erreur. Pour ma part, je l'ai commise, il y a quelques années chez une jeune dame que je voyais de temps en temps pour un petit fibrôme du segment antéro-inférieur de l'utérus.

Cette jenne malade, mariée depuis plusieurs années, et sans enfant, avait assez fréquemment de légères pertes et de la ménorrhagie.

Elle désirait vivement devenir enceinte et venait surtout me consulter quand quelques troubles menstruels ou digestifs se produisaient. Elle ne manquait pas de me demander si, cette fois, ce n'était pas une grossesse. Après examen négatif, je lui donnais les conseils nécessaires et je la renvoyais.

Elle vint un jour très-émue parce qu'elle avait eu trois petites pertes sanguines dans un mois, et, bien que dans les trois mois précédents il ne se fût montré qu'une très-légère hémorrhagie chaque mois, quelques vomissements, des picotements dans les seins et un malaise général, nouveau pour elle, lui faisaient croire à une grossesse.

Le toucher me fit trouver le segment inférieur plus gros qu'à l'état de vacuité, le palper me permit de reconnaître un utérus accessible; mais il l'était ordinairement chez cette malade, je l'avais déjà constaté. Le col n'apprenait à peu près rien; l'auscultation me donna des résultats nuls. Je crus devoir ne me prononcer qu'avec réserve, mais je restai convaincu, à part moi, qu'il se faisait quelque travail dans la région du corps fibreux, et que cette dame *n'était pas enceinte.*

Malgré la prescription du repos, de l'abstention de toute excitation sexuelle et de régime doux, comme cela convenait dans tous les cas, cette jeune dame avorta, trois semaines après, d'un



fœtus de trois à quatre mois, et il me devint imposible de me dissimuler à moi-même que, si je ne m'étais pas compromis auprès de la malade, je m'étais cependant parfaitement trompé.

Les complications *avec, pendant* ou *de* la grossesse rendront donc nécessairement plus aisées les erreurs relatives à son existence.

Les tumeurs de toute nature, l'ascite, l'hydropisie de l'amnios, les versions, les flexions, etc., coexistant avec le développement utérin par la gestation, obligent toujours à un examen minutieux et d'un résultat souvent mal satisfaisant.

En 1844, j'ai accouché la femme d'un artiste peintre. Cette dame portait depuis neuf ans un kyste de l'ovaire gauche. Quand elle devint enceinte, la tumeur avait le volume d'un utérus *de huit mois*. Je fus certain de la grossesse seulement entre le cinquième et le sixième mois. Ce cas est tout à fait extraordinaire. A terme, le volume du ventre était énorme, l'accouchement fut lent; il fallut employer le forceps. L'enfant, de poids ordinaire, mourut quelques instants après sa naissance. La malade eut des suites de couches naturelles, on ne remarqua ni *sueurs profuses* ni *polyurie,* et six semaines après l'accouchement, le kyste, traité pendant plusieurs années par différents médecins et sans aucun succès, *avait complètement disparu*. Il n'avait pas été rompu dans l'accouchement, car je le constatai intact après la délivrance. Au bout de quatre ans, époque à laquelle j'ai perdu de vue la malade, la tumeur ne s'est pas reproduite. Quoi que j'aie pu lui dire, cette dame est restée convaincue qu'on guérissait les kystes de l'ovaire avec le forceps.

En 1868, un confrère, connu à Paris, me demande en consultation pour la femme d'un haut fonctionnaire. La grossesse de cette dame se trouvait compliquée d'une hydropisie de l'amnios. La malade, forte et assez bien bâtie, était âgée de trente et quelques années. Le ventre présentait un développement énorme. La fluctuation était typique. Aucune trace des parties fœtales par la palpation. Auscultation, résultats nuls. Au toucher, on trouve l'utérus petit, dur, refoulé sur le côté droit du bassin. Je déclare que la grossesse n'existe pas. Je crus à une ascite et conseilla la ponction. On retira vingt et quelques litres de liquide. L'exa-

men du ventre et de ce liquide fit reconnaître un énorme kyste de l'ovaire. On parla de l'ovariotomie. Je me prononçai contre l'opération. Nélaton et M. Barth, je crois, furent appelés. Retenu à la Faculté par mon enseignement, je ne pus prendre part à la consultation, mais j'appris que mon opinion n'avait pas prévalu. Mes collègues s'étaient ralliés à l'ovariotomie. Trois jours après l'opération, la malade était morte.

Dans l'analyse de l'excellent livre de mon collègue M. le professeur Courty, j'ai rapporté succinctement l'observation d'une dame étrangère, ayant consulté toutes les célébrités de Prusse et d'Autriche, et, entre autres, l'éminent professeur Scanzoni. Cette dame avait l'utérus dans un état de rétroflexion tel, qu'il ressemblait à une cornue, et le fond se trouvait de beaucoup au-dessous du col, dans le cul-de-sac recto-vaginal.

Les médecins qu'elle avait vus ne lui avaient pas dissimulé les difficultés d'une grossesse avec une pareille déformation. Ce fut aussi mon avis. Or cette dame était enceinte de dix à quinze jours quand je l'examinai. Je n'en eus pas même le soupçon, pas n'est besoin de le dire. C'était dans le temps où l'hystérométrie était fort à la mode. En ma qualité d'accoucheur, j'ai toujours eu une certaine méfiance pour la méthode et pour l'instrument, et, dans les cas rares où je les ai employés, j'étais sûr de mon fait. Je m'en abstins chez cette dame et fis bien. Cette grossesse fut complètement méconnue par moi jusqu'au moment où l'utérus, se redressant un jour brusquement, amena une syncope et des douleurs abdominales qui me donnèrent l'éveil, et à cinq mois passés seulement il ne me resta plus de doutes.

Cette dame accoucha naturellement, garda le lit huit semaines après sa délivrance, *la matrice se rétablit dans sa position normale*, la constatation en fut faite avec certitude. Ma cliente revint à Paris un an après. *L'utérus était de nouveau en rétroflexion tout aussi complète qu'à mon premier examen*, et ce retour de la déviation, par parenthèse, n'empêcha pas une seconde grossesse.

Dans ces cas obscurs et difficiles des premiers mois, il est une conduite simple à tenir et en même temps utile et prudente ; jamais elle ne compromettra ni la santé, ni la vie de la femme,

ni non plus la réputation du médecin. Cette conduite, c'est *l'expectation : il faut savoir attendre.*

S'il y avait quelque indication pressante, sans doute il conviendrait de la remplir ; mais, quand la vie est menacée, qu'importe alors la grossesse ?

D'ailleurs, ni la vie ni même la santé ne sont en question généralement. La femme veut savoir si la grossesse est ou n'est pas. Or, tant que le problème ne paraît pas clair, ne le résolvons point; *attendons, et surtout n'agissons pas si rien ne fait une absolue nécessité d'agir.* Le temps est ici le meilleur de tous les moyens de diagnostic.

Mais, au lieu d'une grossesse, si l'on se trouvait en présence de quelque accident menaçant? Alors il y aurait des symptômes, des indications évidentes, et nous retomberions dans le cas précédent. Encore une fois, qu'importerait la grossesse?

Une cause d'erreurs de plusieurs genres (j'y reviendrai à propos des erreurs de la troisième espèce) se trouve dans le phénomène fort extraordinaire et très-rare d'*amincissement excessif* des parois utérines pendant la gestation.

Il est difficile, quand on ne l'a pas observé par soi même, de se figurer à quelle mince épaisseur sont réduites les parois de certains utérus dans les deux derniers mois de la grossesse.

Un jeune médecin instruit et intelligent, exerçant à Paris depuis plusieurs années, m'appela auprès d'une de ses clientes. Cette dame pensait être enceinte d'environ huit mois, et mon confrère m'avoua qu'il n'en croyait rien. Elle avait, me dit-il, une tumeur abdominale très-bosselée, située et sentie distinctement sous la paroi abdominale même, et, de toutes les grossesses déjà nombreuses qu'il avait observées, jamais il n'en avait vu de pareille.

J'examinai la jeune dame, et la palpation fit naître en moi la conviction que j'avais sous les doigts un utérus gravide. Les bruits du cœur, difficiles à trouver, à droite et fort en arrière, me donnèrent la certitude. Les extrémités fœtales faisaient relief dans la région sus-ombilicale; on les sentait, en effet, comme si elles eussent été directement sous la peau, et mon confrère n'ayant pu, dans un examen précédent, percevoir les mouve-

ments fœtaux et n'ayant jamais vu d'utérus semblable, avait pris la grossesse pour une tumeur faisant saillie sous la paroi abdominale.

Lorsque le fœtus est mort dans l'utérus, pendant les cinq premiers mois, le diagnostic est, certes, quelquefois obscur pour le médecin voyant seulement alors la malade pour la première fois. Il ne faut pas manquer de s'assurer tout d'abord si la tumeur révélée par la palpation est, oui ou non, la matrice.

Le toucher, combiné avec le palper, constitue le moyen d'exploration par excellence pour arriver à lever les doutes.

La main gauche en pronation, doucement enfoncée par son bord cubital dans la paroi de l'abdomen, le petit doigt, l'annulaire et une portion du médius même se cachant, pour ainsi dire, au fond de la dépression qu'ils opèrent sur la région hypogastrique, la pulpe de ces doigts, circonscrivant le fond de l'utérus, exerce de légères pressions de haut en bas sur la tumeur, tandis que l'indicateur de la main droite, posé délicatement sur l'extrémité du col, se tient attentif à la transmission des mouvements imprimés. Puis, intervertissant les rôles, la main gauche doit rester immobile, sans cesser de comprimer mollement le fond de la tumeur; alors l'index de la droite repousse en haut avec douceur le col de l'organe, dont le fond vient à son tour avertir la main immobilisée; et si la tumeur embrassée par la main gauche immobile est en effet l'utérus, on perçoit nettement l'impulsion donnée par l'indicateur. Velpeau avait coutume de dire, dans ses cliniques, qu'on mesurait, par ce procédé, l'utérus, comme s'il eût été sur une table.

Le toucher seul apprend encore, avec un peu d'habitude, à reconnaître le moindre développement de l'utérus. Si l'on touche, en effet, une femme *non enceinte*, et que l'on déprime en haut les culs-de-sac vaginaux dans toutes les directions, en avant, en arrière, à droite et à gauche; aussi haut qu'on les refoule, sans aller jusqu'à produire de la douleur, bien entendu, on a la sensation d'une sorte de vide, on ne trouve aucun corps résistant contre lequel puisse se heurter et s'arrêter le doigt.

En y réfléchissant, on comprend vite pourquoi il en est ainsi. Comme une portion du col se trouve au-dessus des attaches

vaginales ; comme, d'autre part, la région la moins large du corps de l'utérus est précisément sa partie inférieure, c'est-à-dire l'union du corps avec le col, il en résulte que l'indicateur, ne pouvant déprimer les culs-de-sac assez haut pour atteindre la portion évasée de la matrice, ne perçoit aucun tissu résistant à travers les parois vaginales. Si, par contre, la matrice est déjà, même à un léger degré, développée par une cause quelconque, et, de toutes les causes, la grossesse est la plus fréquente, le doigt, en déprimant les culs-de-sac vaginaux, est arrêté bientôt par le segment inférieur du corps utérin augmenté de volume. Il faut se hâter d'ajouter que ce signe seul, excellent pour reconnaître l'existence d'une augmentation de volume de la matrice, n'apprend rien sur la nature de ce développement.

C'est dans l'appréciation de la consistance, de la forme, du degré de volume, etc., qu'on puisera ensuite les autres éléments du diagnostic.

En beaucoup de circonstances, néanmoins, le renseignement fourni par ce signe a son utilité. Pouvoir considérer avec certitude comme étant l'utérus ou lui appartenant, la tumeur constatée dans le bassin, est une connaissance d'une véritable valeur en obstétrique et en gynécologie.

Lorsque la grossesse a été constatée *avec certitude*, *si le fœtus vient à mourir dans la matrice*, il n'est pas, en général, très-difficile de le reconnaître ; les signes de la mort fœtale, dans ce cas, sont d'ailleurs bien décrits dans tous les traités. Mais si la grossesse était encore douteuse, quand l'embryon meurt, le diagnostic reste le plus souvent fort obscur, surtout lorsque l'œuf est toléré par la matrice pendant un certain temps, et cela n'est pas fort rare.

J'ai vu plusieurs fois des médecins se préoccuper vivement de cette situation et vouloir intervenir, parce qu'enfin, disaient-ils, *il fallait faire quelque chose*. Ce n'était qu'après discussion qu'on parvenait à les convaincre qu'il y a aussi un certain talent à savoir ne rien faire.

La connaissance du fait de la macération fœtale dans le liquide amniotique, résultant toujours alors de l'intégrité des membranes, par opposition à la putréfaction rapide de l'œuf non

expulsé après la déchirure des enveloppes et l'écoulement du liquide, est toujours le meilleur des arguments contre une intervention inopportune, et par cela seul dangereuse.

Les négations absolues de tout rapport sexuel, de la part de veuves fort honorées ou de filles appartenant à des familles notoirement honorables, ces négations sont forcément faites pour jeter de grands troubles dans l'esprit du jeune médecin, d'abord en l'empêchant de recueillir les renseignements utiles et aussi en provoquant, chez lui, de respectables scrupules. Quel accoucheur vieilli dans le métier ne s'est trouvé dans cette situation embarrassante, et combien ne faut-il pas de circonspection et de tact pour s'en tirer à son honneur ?

Un de mes amis, médecin à Paris, me conduit dans une honnête famille. Il venait d'être appelé pour donner ses soins à une jeune fille de vingt ans, malade depuis plusieurs mois. Une ascite avait été soupçonnée antérieurement à sa venue. Mon ami conçoit des doutes, croit à une grossesse et à un travail commençant, il n'ose se prononcer résolûment, certain de porter un coup terrible à cette honorable famille. La jeune fille souffre beaucoup au moment où il la quitte pour venir me prier de donner mon opinion, et, comme nous arrivions, la jeune malade partait en voiture, chez une sage-femme : les membranes venaient de se rompre et les parents avaient enfin ouvert les yeux devant un accouchement imminent.

En 1860, alors que je remplaçais P. Dubois dans son enseignement clinique, M. le docteur Horteloup, médecin de l'Hôtel-Dieu, un de nos plus regrettés confrères, me fit l'honneur de me demander mon avis sur une jeune femme couchée dans son service. J'emmenai avec moi M. Tarnier, dans ce temps chef de clinique et devenu, depuis, chirurgien de la Maternité et l'un de nos confrères les plus distingués. Il s'agissait d'une malade portant, au côté droit de la région hypogastrique, une tumeur souple, ressemblant fort à un utérus gravide de quatre mois environ. La jeune femme affirmait (et de la manière qu'on va voir) *qu'elle n'avait eu aucun rapport sexuel depuis au moins trois ans*. M. Horteloup, un grand nombre de médecins et d'élèves l'avaient examinée, et, en l'absence de signes probants,

puis aussi en présence de certain phénomène insolite dont la tumeur était le siége, le diagnostic, me dit M. Horteloup, semblait fort équivoque. On me demandait d'en dire mon sentiment. La palpation et le toucher combinés me donnèrent d'abord une certitude. La tumeur était réellement l'utérus.

Depuis quatre mois, il y avait eu quelques apparitions sanguines irrégulières, au dire de la malade. Mais l'auscultation révélait un phénomène anormal. On entendait un battement artériel, très-fort, isochrone au pouls, soulevant la tumeur sous l'oreille et sans souffle. En regardant à contre-jour, et l'œil suivant une horizontale tangente au point culminant de l'hypogastre, on voyait même clairement ce soulèvement de la tumeur à chaque pulsation, comme lorsque, après le repas surtout, les deux membres d'un adulte étant croisés l'un sur l'autre, on remarque parfois la jambe supérieure animée d'un mouvement pulsatif.

Ce mouvement s'accompagnait d'un bruit de choc isochrone au battement, suffisant pour empêcher à un premier examen de rien entendre dans l'utérus.

Je demandai à ausculter la malade le matin à jeun, avant de me prononcer, et rendez-vous fut pris pour le lendemain à la visite. Le rectum et la vessie avaient été vidés sur ma demande. J'auscultai. Le bruit artériel était beaucoup moins marqué. J'entendis une fois le *choc fœtal*, signe dont je parlerai bientôt, et je parvins même à percevoir un moment les *bruits du cœur*, très-faibles et très-fugaces. Je ne parvins à les faire entendre à personne et ne pus pas même les retrouver par une seconde recherche. Sûr d'avoir entendu le *choc fœtal* et le *cœur*, j'affirmai la grossesse en présence des élèves et des médecins attirés par ce cas difficile ; puis, excité par les dénégations aigres et persistantes de tout rapport sexuel et les récriminations de la malade, j'eus le tort de me laisser aller à dire assez haut : « Si cette fille n'est pas enceinte, je consens à ce qu'on me coupe la tête. » Ce à quoi la fille répondit sans hésiter : « Eh bien, monsieur, on vous la coupera, car c'est impossible et vous ne vous y connaissez pas. »

Deux mois écoulés, la grossesse n'était plus douteuse et, un

peu plus de quatre mois et demi après l'examen, a fille accouchait naturellement.

Seulement alors, elle se souvint qu'en remontant un soir de la cave, un garçon de la maison l'avait suivie, « mais, disait-elle, je n'aurais jamais cru avoir crié trop tard ! »

Quel praticien ne racontera de pareil faits? Pour moi, j'ai été dans ma vie le confident ou le témoin de plus d'une histoire analogue, les unes bouffonnes, les autres tragiques, mais moins publiques, plus intimes, et, dans quelques-unes, il m'a été donné de voir combien les conseils du médecin évitaient parfois de larmes et de malheurs.

Il a été question, dans ce travail, d'un signe, désigné par moi sous le nom de *choc fœtal*. Je ne l'ai certes pas inventé, mais il me semble avoir été peu et mal décrit. J'ai besoin de m'expliquer à cet égard.

Les mouvements propres au fœtus ont été signalés par tous les auteurs et perçus par tous les médecins, dans la seconde partie de la grossesse ; mais, entre le quatrième et le cinquième, quelquefois huit jours plus tôt, le fœtus vivant se meut déjà de lui-même sous l'influence de causes encore mal connues, et cette mobilité instinctive se traduit par un phénomène important d'une perception assez difficile. Je lui ai donné depuis longtemps le nom de *choc fœtal.*

Peut-être, à cause des difficultés inhérentes à sa recherche, ce signe ne paraît pas avoir pris, dans la pratique, le rang qu'il mérite par son utilité.

C'est avec le stéthoscope, et non avec la main, qu'il convient de le chercher.

Sous la pression moyenne de l'instrument on éprouve, en même temps, à l'instant où le mouvement se produit, une double sensation de *choc* et de *bruit brusque, mais d'une extrême légèreté*, et l'oreille, frappée simultanément dans sa sensibilité générale et spéciale, reçoit à la fois une impression tactile et auditive qu'on arrive très-vite à distinguer de toutes les autres sensations données par les mouvements et les bruits de la cavité abdominale.

On se trouve alors en possession d'un signe de certitude, déli-

cat il est vrai, mais dont l'avantage est de se manifester souvent avant tous les autres.

Pour assurer le succès de la recherche, quelques précautions sont indispensables. Il faut : 1° prendre le plus grand soin de placer le stéthoscope tout à fait perpendiculairement à la surface abdominale qu'il recouvre ; 2° appliquer l'instrument sur le centre de la portion accessible de la tumeur qu'on croit être l'utérus ; 3° le stéthoscope, une fois posé, ne doit point être amené vers l'oreille ; au contraire l'oreille doit aller trouver le stéthoscope *immobile* dans la position où il a été placé d'abord, toute la circonférence de sa grande ouverture pressant *également* la paroi de l'abdomen ; 4° enfin le degré de pression *exercée par la tête seule*, sur l'instrument, doit être modéré mais suffisant ; et il est nécessaire pour l'atteindre et ne pas le dépasser, de tâtonner un peu et de chercher, comme on fait pour l'œil au microscope, *le point*, qui, pour l'oreille, se trouve dans une compression ni trop forte ni trop faible, mais moyenne, c'est-à-dire justement convenable pour appliquer doucement et exactement le stéthoscope sur la paroi abdominale et celle-ci sur la paroi utérine, sans aller au delà.

Trop forte, la pression empêcherait de sentir ou d'entendre et serait d'ailleurs dangereuse. Trop faible et ne faisant pas de l'utérus, des parois du ventre, de l'instrument et de l'oreille un *tout continu*, elle ne permettrait pas au signe d'être transmis. Un court exercice enseigne rapidement la mesure précise.

Tel est le mode de perception du *choc fœtal* vers la fin de la première moitié de la grossesse. Plus facile à distinguer que les bruits du cœur à cette époque, il peut même être constaté assez souvent avant eux. Il va sans dire que plusieurs examens attentifs et prolongés sont quelquefois nécessaires.

D'ailleurs, pour parvenir à se faire facilement une idée de ce signe, on commence à l'étudier du cinquième au sixième mois ; il se manifeste alors, il est vrai, avec une force beaucoup plus considérable et peut se mêler à d'autres mouvements de déplacement de caractères différents.

Mais, même à cette époque, il se montre encore souvent avec sa forme de *brusque soubresaut* et son double accompagnement

de choc et de bruit, et cela suffira pour le faire reconnaître dès son apparition, alors qu'il est encore extrêmement faible. Quand le mouvement est devenu suffisamment fort pour être senti par la main, ce signe perd presque toute sa valeur diagnostique, car à ce moment de la grossesse, une oreille tant soit peu exercée entend généralement les bruits du cœur.

Ce coup faible et brusque, imprimé aux parois utérines par le soubresaut fœtal ne me paraît pouvoir se produire qu'à des conditions réalisées seulement vers les environs du quatrième au sixième mois tout au plus.

Ces conditions sont un développement déjà assez avancé du fœtus, une quantité de liquide relativement considérable et un volume fœtal encore médiocre par rapport à la cavité dans laquelle le fœtus est contenu.

Or, la réunion de ces conditions, dans les trois premiers mois, n'existe point encore; passé six mois, elle n'existe plus. Aussi les mouvements fœtaux vulgaires prennent-ils d'autres caractères, d'ailleurs beaucoup plus grossiers et si évidents, qu'il n'est besoin d'aucune étude pour apprendre à les constater.

Le *choc fœtal* n'est donc, en définitive, qu'un mouvement actif particulier, propre au fœtus, mouvement, *comme de totalité*, dont les conditions de possibilité sont assez complexes pour ne se rencontrer qu'à une période déterminée et limitée de la grossesse.

Armé des connaissances traditionnelles exposées dans tous les livres, aidé par les remarques précédentes, un peu moins banales peut-être que les redites des nouveaux traités, copiés sur les anciens, le médecin accroîtra ses chances d'éviter des erreurs toujours fâcheuses pour les femmes et pour lui.

Et, en effet, qu'un embarras gastrique soit pris pour une fièvre typhoïde, une pleurésie pour une pneumonie, une contusion pour une fracture, etc., les malades guérissent ou meurent, et si un second médecin plus habile n'est pas appelé, l'erreur peut compter sur l'absolution du succès ou le silence du revers.

Au contraire, la grossesse a ceci de spécial: un diagnostic

erroné n'a pas besoin d'être redressé par un confrère plus instruit. Le temps se charge de la rectification. Si la femme est déclarée enceinte, sans restriction, et qu'elle n'accouche jamais, ou bien si la grossesse est niée et que l'accouchement se fasse une nuit ou l'autre, le médecin aura quelque peine à faire accepter, par sa cliente et la famille, une interprétation favorable à son savoir obstétrical. On ne pourrait donc être trop circonspect. Il ne faut pas se lasser de répéter : *dans les cas obscurs, le temps est le meilleur moyen de diagnostic.*

Je passe maintenant aux erreurs de la troisième espèce.

De toutes, celles-ci sont les plus rares, et les plus excusables.

Prendre un genre de grossesse pour un autre doit s'entendre de la confusion faite entre une grossesse simple et une grossesse multiple, entre une grossesse normale et la grossesse extra-utérine avec toutes ses variétés.

Ici, je serai nécessairement très-bref, car sur un pareil sujet, aucun homme, quels que soient sa pratique et son âge, n'a le droit de parler de son expérience personnelle ; les exemples s'observent trop rarement pour que le médecin le plus occupé dans les hôpitaux et dans la ville, puisse avoir l'outrecuidance de penser, et de dire qu'il a appris à toujours distinguer les différentes espèces de grossesses entre elles.

Ceci est absolument vrai pour les grossesses extra-utérines.

Il est un peu plus commun, et moins difficile de reconnaître les grossesses multiples, mais combien d'erreurs ne commettent pas encore les maîtres les plus autorisés.

Capuron, âgé de près de quatre-vingts ans, ayant pratiqué et enseigné l'obstétrique pendant cinquante années au moins, me disait un jour à la Charité, en me considérant examiner une femme enceinte qu'on soupçonnait de porter deux enfants:

« Mon ami, il n'y a qu'un moyen certain de savoir si la gros-
« sesse est double ; quand on a vu sortir un fœtus, s'il l'on en sent un autre, on est sûr qu'il y en avait deux. »

Nous sommes, je me hâte de le dire, depuis l'emploi du stéthoscope, en possession d'un moyen de diagnostic un peu moins naïf. J'ai toujours soupçonné les oreilles de Capuron d'avoir été,

comme celles de Boyer, un peu réfractaires à l'usage d'un moyen nouveau, *l'auscultation*, tombant au beau milieu de leur carrière et de leur position déjà faite. Boyer, avec sa causticité habituelle, demandait si, avec le cylindre de M. Laënnec, on pouvait entendre l'herbe pousser. Capuron, lui, ne croyait pas beaucoup à la possibilité de distinguer deux cœurs dans l'utérus.

Sans doute, il n'est guère d'accoucheurs, en faisant leur examen de conscience, qui ne s'avouent à eux-mêmes avoir pris plus d'une fois une grossesse simple pour une grossesse double, et une grossesse double pour une grossesse simple.

Cette erreur, je l'ai commise comme les autres, au moins deux fois, sans compter celles que je n'ai pu vérifier,

Parmi les femmes soumises au toucher dans mes cours particuliers, pendant vingt ans, il a dû se présenter plusieurs grossesses gémellaires; or, dans deux cas où elles ne furent pas diagnostiquées, les femmes accouchèrent de deux enfants à la Clinique.

Prendre une grossesse simple pour une grossesse double n'est pas une erreur commune. Elle est d'ailleurs moins excusable. Prendre une grossesse gémellaire pour une grossesse simple est une méprise moins rare et plus naturelle, à cause de la fréquence de cette dernière.

Sur 100 femmes, en annonçant 100 grossesses simples, on se trompera moins de deux fois. On a donc plus de quatre-vingt-dix-neuf chances pour être dans le vrai, et deux au plus pour se tromper.

Retourner la proposition, c'est retourner la proportion.

Du reste, il n'est pas très-difficile de reconnaître, non pas toutes, mais un certain nombre de grossesses gémellaires à partir du sixième ou septième mois. Les signes en sont parfaitement décrits dans les traités modernes. Ils sont exacts.

Ce que l'on ne dit pas, et ce qu'il faut dire, c'est que le point important est de *se douter de la chose*. Si, par le volume du ventre, par sa forme, par un caractère quelconque, on a l'idée d'une grossesse double, en procédant avec soin à l'examen, dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic sera probablement établi.

Mais l'auscultation seule pouvant donner la certitude par la

constatation, comme on l'écrit partout, *de deux cœurs fœtaux entendus en même temps dans deux points éloignés avec une intensité égale ou presque égale et de nombre et de rhythme différents*, quand on n'a pas la pensée de la présence d'un autre fœtus, après avoir entendu un cœur, on ne va pas à la recherche du second, la grossesse suit son cours, l'accouchement arrive, et la bévue devient indéniable devant le signe de Capuron.

S'il est un seul médecin dans l'univers, ayant vu quelques accouchements doubles, qui ne l'ait jamais commise, cette bévue, qu'il se nomme, et je lui promets ma voix pour l'Académie, quand j'en serai, à moins qu'il n'en soit déjà.

Il arrive encore qu'en soupçonnant deux fœtus, on ne puisse pas parvenir à saisir distinctement le second battement.

Il convient alors de renouveler l'examen plusieurs fois, à un ou deux jours d'intervalle, et la position réciproque des deux enfants venant à se modifier quelque peu, ou les bruits acquérant plus d'intensité, permettront d'entendre par une recherche répétée les bruits insaisissables jusque-là.

Pour les grossesses triples, quadruples, leur rareté absolue et relative est tellement grande, qu'elles sont, pour ainsi dire, en dehors de l'art et de la pratique, bien qu'on parle *d'une* grossesse de trois fœtus constatés avant l'accouchement.

Quant aux grossesses extra-utérines, elles aussi ont donné et donneront encore lieu à la double erreur.

Prendre une grossesse normale pour une extra-utérine, prendre une extra-utérine pour une normale.

Les hommes de mon âge connaissent tous l'observation légendaire de la femme présentée à la Société de chirurgie, il y a une quinzaine d'années.

Les chirurgiens les plus éminents de Paris, après avoir constaté une grossesse abdominale, délibérèrent sur la question de savoir par quelle voie on extrairait le fœtus, qu'on sentait distinctement à travers le vagin. Heureusement on pria P. Dubois d'examiner la patiente, il constata *une grossesse utérine normale* et annonça que l'accouchement aurait lieu naturellement. Ce qui, en effet, arriva.

J'ai été appelé pour un cas bien moins retentissant, mais tout à fait analogue.

Il y avait en 1860, dans la salle Sainte-Anne, de l'Hôtel-Dieu, une femme enceinte de sept mois dont la grossesse abdominale avait été constatée par plusieurs médecins et chirurgiens de l'hôpital et du dehors. On gardait cette femme en observation jusqu'à ce qu'on se décidât à lui pratiquer l'opération qu'on jugerait nécessaire pour faire l'extraction de l'enfant. Je fus prié de la voir.

C'était une primipare, assez délicate, le ventre avait le volume d'une grossesse de sept mois. Le fœtus paraissait logé sous la paroi abdominale, et par le vagin, on sentait l'extrémité céphalique, comme si elle eût été séparée du doigt seulement par l'épaisseur du vagin.

A cette époque, j'avais observé déjà, parmi les femmes enceintes de mon amphithéâtre deux sujets presque semblables.

Le col fut étudié soigneusement, il était évidemment modifié comme il doit l'être chez une primipare de sept mois. Il avait sa longueur normale. Le ramollissement s'était emparé de tout le museau de tanche, à travers les culs-de-sac, on sentait encore un peu de fermeté dans la région sus-vaginale.

L'orifice externe était arrondi et fermé.

Frappé de ces modifications du col, tout à fait en harmonie avec le développement d'un utérus gravide de sept mois, ce qui n'eût pas eu lieu à ce degré si la matrice eût été vide ; connaissant, d'ailleurs, les deux faits du toucher relatifs aux femmes qui, avec des utérus à parois si minces, qu'on eût pu croire le fœtus hors de la matrice, étaient accouchées naturellement, je n'hésitai plus à manifester mon incrédulité complète à l'égard de la grossesse extra-utérine, à déclarer la grossesse normale et à prédire un accouchement par les voies naturelles.

M. Tarnier, qui m'accompagnait, entendit mes raisons, examina les parties à son tour, et partagea mon avis. La femme fut gardée à l'hôpital. Il fut convenue alors qu'on attendrait, puisqu'il n'y avait rien de pressant. Elle accoucha à terme sans difficultés !

Les grossesses abdominales accompagnées de graves acci-

dents et celles qui dépassent le terme, après avoir été duement constatées et persistent un grand nombre d'années sont, en général, soupçonnées ou reconnues.

Une jeune femme de vingt-sept ans m'est envoyée de la province, pour me demander de la débarrasser d'un enfant, qu'elle a, dit-elle, *dans le ventre et non dans la matrice, depuis cinq ans.*

L'abdomen a grossi jusqu'à neuf mois, une sorte de commencement d'accouchement s'est manifesté à cette époque. La malade a souffert pendant une huitaine de jours, puis, tout s'est calmé peu à peu. L'enfant, déclare-t-elle, a remué jusque et pendant ce simulacre de travail. Il a cessé bientôt tout mouvement. Les médecins appelés ont entendu battre son cœur.

Elle est réglée, sa santé est assez bonne, mais elle voudrait être opérée de ce gros ventre. Elle est gênée dans la marche, bien qu'elle puisse vaquer aux soins du ménage.

A l'examen de l'abdomen, on trouve à gauche, une tumeur du volume d'un utérus de sept mois et demi à huit mois. La paroi abdominale est tendue, la palpation donne encore l'idée de parties fœtales avec leurs inégalités, seulement la dureté de la masse est plus considérable que dans une grossesse ordinaire. Il ne me semble pas y avoir de liquide dans cette tumeur, ou, au moins, la quantité, s'il y en a, doit être légère.

L'utérus est petit, rejeté à droite, et tout ce qu'on peut en atteindre avec le doigt est ferme.

Malgré mon septicisme à l'égard des assertions de la malade, il me fut impossible, après cet examen, de ne point accepter, comme vrais, ses renseignements, corroborés, d'ailleurs, par son médecin, elle présentait tous les caractères d'une grossesse abdominale.

Elle ne se trompa qu'en un point, c'est en ne doutant pas de mon consentement à lui ouvrir le ventre afin d'en extraire son fœtus.

Comme toutes les pauvres créatures trop ignorantes pour connaître les conséquences d'une gastrotomie, elle demandait l'opération immédiate.

Or, depuis trente ans, j'enseigne qu'on doit traiter ces malheureuses comme on traiterait sa femme ou sa fille, et quand

on veut rester digne, ne pratiquer les opérations de ce genre qu'en présence d'une mort inévitable, prochaine, et lorsque l'art ne nous offre aucune autre ressource moins dangereuse. Conformément à ces principes, il fallut faire comprendre à la malade qu'elle vivrait longtemps ainsi.

Le kyste fœtal avait déjà diminué de volume depuis cinq ans et se réduirait probablement encore. Après lui avoir exposé les dangers de l'extraction qu'elle réclamait, elle fut renvoyée dans son pays avec le conseil de porter une ceinture et surtout de se défier de deux choses ; d'une grossesse nouvelle qui n'était pas impossible, et des opérations qu'on ne manquerait pas de lui proposer.

Dans cette observation, comme dans la plupart des grossesses abdominales, le diagnostic put être fait exactement à une époque un peu avancée.

Les déductions pratiques à tirer de ces diverses observations sont donc celles-ci.

L'*excessif amincissement* des parois utérines est une des causes de confusion entre la grossesse normale et la grossesse abdominale.

En examinant, avec soin, le degré de concordance entre le développement de la tumeur, l'époque présumée de la grossesse, les modifications du col et du segment inférieur, l'erreur pourra être évitée.

Ainsi, par exemple, le ventre présente le volume d'une grossesse de sept à huit mois, on entend le cœur fœtal, ou bien l'on sent distinctement les extrémités de l'enfant se mouvoir souc la main ; le col est dur, le segment inférieur n'est point atteint par le doigt en pressant sur les culs-de-sac, ou encore le col est légèrement ramolli à sa pointe, mais le segment n'est toujours pas accessible, l'utérus est petit et refoulé du côté opposé à la tumeur. Je passe les troubles des premiers mois, qui peuvent avoir été sérieux. L'enfant n'est évidemment pas dans la matrice.

Au contraire, comme dans l'observation de l'Hôtel-Dieu, le fœtus se sent distinctement, il semble être sous la paroi abdominale, le volume du ventre indique une grossesse

de six à sept ou de sept à huit mois, elle n'est d'ailleurs pas douteuse; un des signes de certitude est constaté, la partie fœtale occupant l'excavation ou le détroit supérieur, paraît recouverte par la paroi vaginale seule. La présence du fœtus dans la cavité utérine est incertaine; mais le développement de la région inférieure du corps de l'utérus, les modifications du col sont en harmonie, en concordance parfaites avec l'époque de la grossesse et le volume de l'œuf. Donc, la matrice et l'œuf se sont développés simultanément et proportionnellement. Donc, la grossesse est utérine.

Mais, pour les grossesses ovariques, tubaires, interstitielles, mixtes, le diagnostic ne devient ordinairement clair qu'à l'autopsie.

Je n'en a jamais vu une seule dans les hôpitaux constatée *avec certitude* par un autre moyen. Des conjectures parfois, et d'autres fois, pas même le soupçon de la vérité.

Heureusement que ces cas sont si rares qu'un praticien ne doit pas s'en préoccuper beaucoup. D'ailleurs, je le répète en terminant, qui donc peut avoir une grande expérience personnelle de ces sortes de grossesses?

DE LA

DILATATION DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

Par Maurice Longuet,
Interne des hôpitaux.

La possibilité de dilater largement le canal de l'urèthre chez la femme est chose connue depuis longtemps : les chirurgiens anglais surtout ont eu et conservent encore beaucoup de tendances à pratiquer cette petite opération dans quelques cas déterminés; en France, un assez grand nombre d'opérateurs ont employé et emploient ce moyen, sans l'avoir cependant adopté d'une façon aussi générale que nos voisins. A quelques exceptions près, cette dilatation est pratiquée exclusivement

pour l'extraction de corps étrangers introduits du dehors dans l'intérieur de la cavité vésicale, pour l'extraction de calculs urinaires, pour l'ablatation de quelques tumeurs, pour l'exploration de la vessie ou des organes voisins. Mais il est un cas dans lequel la dilatation brusque du canal uréthral peut donner d'excellents résultats, je veux parler de la *contracture douloureuse de l'urèthre chez la femme*. Cette maladie, peu fréquente il est vrai, est pour ainsi dire subitement et radicalement guérie par la petite opération qui fait le sujet de cet article. Nous en citons plus loin un exemple très-intéressant dont nous devons la connaissance à notre ami M. Reliquet.

Auparavant, nous voulons dire quelques mots sur l'anatomie de l'urèthre, les dilatations accidentelles de ce conduit, et sa dilatation au point de vue chirurgical.

Exclusivement destiné à l'excrétion du liquide accumulé dans la vessie, l'urèthre chez la femme est tout à fait différent du canal qui, chez l'homme sert, à porter au dehors l'urine et le liquide spermatique.

Sa direction, très-légèrement courbe, se rapproche assez de la ligne droite pour permettre de conduire jusque dans la vessie des instruments rigides et droits.

Sa longueur varie entre 28 et 32 millimètres (adultes); sur des sujets de taille un peu élevée, elle peut atteindre 36 millimètres.

Sa largeur est aussi assez variable; elle oscille entre 20 et 22 millimètres, lorsque, ses parois étant incisées, on les mesure étalées sans tiraillements ; ce qui donne, pour son diamètre ordinaire une moyenne de 7 millimètres environ. Ces dimensions ne sont pas égales suivant les points où elles sont pratiquées ; au col vésical et au méat en effet, le calibre de l'urèthre est inférieur, comparé au calibre de la portion médiane ; le point le plus rétréci est l'orifice vestibulaire.

La structure de l'urèthre de la femme présente une particularité, qu'on ne trouve pas sur celui de l'homme, et qui consiste en la présence de fibres musculaires striées dans sa tunique musculaire.

Celle ci est composée en effet de deux couches ; l'une hori-

zontale ou plutôt longitudinale formée simplement par des fibres musculaires lisses de la vie organique, continuation des fibres longitudinales de la vessie; l'autre circulaire, constituée par des fibres striées de la vie de relation. Cette deuxième tunique est externe, tandis que la première est en rapport immédiat avec la muqueuse.

Les propriétés physiologiques des deux variétés principales de fibres musculaires étant très-distinctes, puisque les unes (fibres lisses) se contractent lentement et progressivement sans intervention de la volonté, tandis que les autres (fibres striées) se contractent brusquement et principalement sous l'influence de la volonté, on peut se demander pourquoi l'urèthre de la femme possède une couche de fibres musculaires *striées*, tandis que l'urèthre de l'homme n'en possède point.

Cette anomalie ou plutôt cette dissemblance est facile à expliquer.

Chez l'homme, après que l'urine contenue dans la vessie a été expulsée, le sphincter vésical se contracte, et rien ne passe plus par l'urèthre; mais ce canal conserve encore dans son intérieur une certaine quantité de liquide, plus ou moins considérable, représentant une colonne égale en longueur à la longueur de l'urèthre, et en largeur à la largeur *variable* de l'urèthre. Pour expulser cette colonne liquide, l'homme est obligé de contracter ses muscles du périnée et entr'autres le muscle bulbo-caverneux qui doit justement à ses fonctions le nom de muscle accélérateur de l'urine. L'expulsion des dernières gouttes d'urine après la miction se fait *volontairement*; le bulbo-caverneux est un muscle strié.

Chez la femme, ce muscle bulbo-caverneux existe bien il est vrai, mais ses fonctions sont tout autres que chez l'homme : au lieu de prendre insertion autour de l'urèthre, il s'insère sur le squelette fibreux du vagin, de sorte que de *muscle accélérateur de l'urine* il devient *muscle constricteur du vagin* et par conséquent ne sert plus à rien pour la miction.

De plus, des fibres lisses du muscle de Wilson, auquel un certain nombre d'auteurs, et entr'autres M. le professeur

Richet ont fait jouer un rôle analogue au bulbo-caverneux, ce muscle de Wilson semble ne pas exister chez la femme.

Or, l'urèthre de la femme malgré sa brièveté contient aussi une certaine quantité d'urine, après la contraction du sphincter vésical qui suit la déplétion de la vessie. Pour suppléer au bulbo-caverneux, ce sont des fibres musculaires *striées* appartenant en propre à la couche contractile de l'urèthre qui remplissent sa fonction : elles constituent un véritable muscle accélérateur de l'urine.

La muqueuse uréthrale proprement dite est composée : d'un chorion de tissu fibreux assez résistant, mais très-extensible, entre les mailles duquel se trouvent des fibres élastiques, et d'une couche d'épithélium pavimenteux semblable à celui qu'on remarque chez l'homme. Sa surface interne est criblée de petites ouvertures, orifices des glandes contenues dans son épaisseur ; son chorion est uni à la tunique musculaire par un tissu cellulaire très-lâche servant de soutien à de nombreux vaisseaux, parmi lesquels les veines sont en nombre très-considérable.

Des lymphatiques et des nerfs s'y rencontrent en quantité aussi grande que chez l'homme.

Quand on ouvre l'urèthre, on peut observer que la muqueuse est, dans la plupart des cas, sillonnée de plis longitudinaux, parfois très-accentués, disposition qu'on observe toujours sur les organes qui sont destinés à subir des variations alternatives de distension et de resserrement.

La dilatabilité est en effet une propriété évidente de l'urèthre chez la femme, c'est un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord. Les médecins aliénistes savent jusqu'à quelles limites peut être poussée à ce point de vue l'aberration des sens chez les femmes atteintes de manie ou d'hystérie, et les traités de chirurgie contiennent de nombreux exemples d'introduction de corps étrangers volumineux dans la vessie pour des motifs très-divers. Pour n'en citer qu'un exemple récent, je rappelerai le fait qui a été observé l'année dernière à l'Hôtel-Dieu et publié par M. Delarue dans le journal le *Progrès médical* (1).

(1) *Progrès médical*, n° 6 de l'année 1873, p. 70.

Il se rapporte à une femme *âgée de 52 ans*, qui entra dans le service de M. Frémy, se plaignant de violentes douleurs dans le ventre. L'interne du service, voulant pratiquer le toucher vaginal, remarqua que l'orifice externe de l'urèthre était dilaté au point de permettre facilement l'introduction du doigt : il pénétra dans la vessie et sentit que cette cavité contenait un corps dur, volumineux dont il ne put reconnaître la nature.

La malade interrogée raconta qu'*urinant difficilement* elle s'était introduite dans l'urèthre une *bougie de cire blanche* qu'elle avait laissé choir par mégarde dans sa vessie. On la fit passer dans le service de M. Cusco qui dut procéder à l'extraction de ce corps étranger si bizarrement placé ! Après plusieurs tentatives facilitées par la largeur du canal qui admettait sans difficultés le doigt, et de longues pinces, le chirurgien saisit la bougie par la mèche, parvint à l'engager dans l'urèthre dans le sens de sa longueur, et à extraire ce singulier corps étranger, dont l'extrémité *arrondie avec soin* au moyen d'un instrument tranchant, s'était incrusté légèrement de sels calcaires pendant un séjour de cinq semaines dans la vessie de la malade. Celle-ci sortait de l'hôpital quelques jours après parfaitement guérie, et n'ayant donné de son accident d'autres explications qu'une difficulté d'uriner bien invraisemblable en présence d'un urèthre aussi complaisant.

Souvent l'urèthre de la femme donne passage à des calculs urinaires, parfois volumineux qui sont expulsés avec facilité pendant un effort de miction plus prononcé que d'habitude. Aussi les chirurgiens se sont fondés sur cette complaisance de l'urèthre pour préconiser la dilatation dans un certain nombre de cas spéciaux.

Les méthodes qu'ils emploient pour remplir cette indication peuvent se réduire à deux : dilatation lente, dilatation brusque ou rapide.

1° La dilatation lente se pratique de diverses façons.

On peut, par exemple, introduire tous les jours dans l'urèthre et pendant le temps nécessaire, un morceau de racine de gentiane, une tige de laminaire, ou bien encore un cône d'éponge préparée, substances qui ont la propriété d'augmenter

considérablement de volume sous l'influence de la pénétration des liquides de l'économie, par capillarité, dans les interstices de leur tissu. Mais l'emploi de ces agents présente un inconvénient grave dont le praticien doit être prévenu. L'imbibition demande un certain temps à se faire, et la rétention d'urine qui résulte de l'obturation de l'urèthre peut amener des accidents, dont le moindre est une douleur que les malades supportent très-difficilement, d'autant plus que l'irritation causée par la présence du corps étranger détermine des envies d'uriner, parfois irrésistibles et, en tout cas, extrêmement pénibles.

Astley Cooper, qui s'est beaucoup occupé de la dilatation de l'urèthre, a laissé un spéculum bivalve, pendant huit heures, dans un canal.

Un autre chirurgien anglais, Bromfeid, porta jusque dans la vessie, à l'aide d'une sonde, un appendice cæcal d'un petit animal, y poussa une injection d'eau chaude, qu'il retint à l'aide d'une ligature ; puis en tordant, à plusieurs reprises, le bout extérieur, il refoula le liquide dans la portion uréthrale. Il obtint ainsi, peu à peu, une dilatation telle que, lorsqu'il retira l'appareil, le calcul s'échappa de lui-même (1).

On peut encore introduire successivement dans l'urèthre des bougies de diamètres de plus en plus considérables.

Malheureusement, ces moyens présentent des désavantages ; ils sont d'abord souvent fort douloureux, et puis ils ne remplissent pas l'indication, en ce sens qu'un canal dilaté de cette manière revient assez rapidement sur lui-même, dès que l'agent dilatateur est enlevé, ce qui doit avoir lieu souvent pour donner un libre cours à l'urine.

2° La dilatation brusque est une méthode plus simple et plus rapide.

On la pratique en enfonçant brusquement dans l'urèthre le doigt préalablement bien graissé, et cela avec une force convenable ; ou bien en introduisant un spéculum ou une pince ad hoc dont les valves ou les branches sont ensuite violemment

(1) Malgaigne. Manuel de médecine opératoire, 7ᵉ édition.

écartées. Mais cette méthode est extrêmement douloureuse. Absolument rejetée autrefois, elle a été remise en honneur depuis que la découverte des propriétés stupéfiantes du chloroforme a permis au chirurgien de supprimer, dans les opérations, l'élément douleur, aussi donne-t-elle maintenant d'excellents résultats dans la pratique.

A ce propos, je rappellerai que M. Simonin, de Nancy, dans une des séances de la Société de médecine de cette ville (1), a entretenu ses collègues, en 1872, de faits intéressants au point de vue de la question qui nous occupe.

Il a obtenu « la dilatation rapide et extrême du canal de l'urèthre, une fois pour l'extraction de corps étranger introduit dans la vessie (aiguille trois fois poussée dans le réservoir urinaire, et ayant déterminé trois fois la formation d'un calcul — femme lypémaniaque) ; deux fois pour l'extraction de calculs, une fois pour s'assurer, au moment d'une lithrotritie, si la vessie contenait ou non un corps étranger, et une autre fois pour l'examen du canal de l'urèthre, à l'occasion d'un polype de cette région.

« Sans le sommeil dû aux anesthésiques, la douleur provoquée par la dilatation rapide est considérable, et ne permettrait point, en général, d'opération sérieuse et de longue durée.

« Il y a lieu, d'après les résultats cités, de tenter la dilatation de l'urèthre, soit pour l'extraction de corps étrangers introduits dans la vessie, soit pour remplacer, dans certains cas, la lithotritie, la taille uréthrale et la taille hypogastrique. Il y a lieu de l'employer pour le diagnostic, à l'aide du doigt indicateur, de la présence de corps étrangers dans la vessie, pour le diagnostic des états si divers de cet organe, comme pour celui de l'urèthre. »

Et plus récemment encore la dilatation rapide a été mise en pratique par M. Reliquet, dans un cas très-curieux que nous allons rapporter.

(A suivre).

---

(1) Mémoire de la Société de médecine de Nancy. Compte-rendu annuel, 1871-1872.

REVUE CLINIQUE.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOTEL-DIEU.

Extrait d'une leçon de M. le professeur Béhier.

Pneumonie à droite, métrorrhagie, avortement dans les premiers mois. — La malade qui fit le sujet de la leçon de M. Béhier était une femme âgée de 37 ans, qui entra dans le service de la clinique, le 27 février 1874. Nous n'entrerons pas dans les détails très-étendus concernant la pneumonie, et qui furent étudiés avec soin par M. Béhier. Nous dirons seulement que les signes fournis par l'auscultation et la percussion, ainsi que l'expectoration, ne laissaient aucun doute au point de vue du diagnostic. Ce que nous ferons remarquer, c'est la rapidité et l'intensité avec laquelle se développèrent les phénomènes thoraciques, dans l'espace de quelques heures.

Lorsque la malade entra à l'hôpital, six jours environ après le début de la maladie, elle ne présentait, à l'auscultation de la poitrine, que des signes peu marqués, tandis que le lendemain, on percevait un souffle énorme dans la presque totalité du poumon, des râles sous-crépitants dans l'endroit où la maladie avait débuté ; il existait en même temps du délire tranquille, mais continu.

La température, qui était élevée au début, diminua très-notablement, mais le pouls resta à 128. Cette discordance entre la température et le pouls permettait, dit M. Béhier, de porter un pronostic fatal.

C'est dans cet état que se produisit une métrorrhagie très-abondante. La malade était alors au huitième jour de sa pneumonie.

A quoi fallait-il attribuer cette perte ? était-ce à l'affaiblissement de l'économie ou à une fausse-couche ?

C'est à cette dernière hypothèse qu'il a fallu s'arrêter, et l'autopsie vint plus tard en démontrer la réalité. D'abord, il n'existait aucune lésion uterine qui eût pu expliquer la

métrorrhagie; la malade n'était atteinte ni de cancer, ni de corps fibreux. Quant à une apparition des règles, bien que la ponte puisse se faire dans le cours des maladies fébriles, ainsi que l'a démontré M. Hérard, il n'y fallait guère songer; car, en pratiquant le toucher vaginal, on trouvait le col de l'utérus aminci, entr'ouvert. Le corps de l'organe était assez élevé, et l'on sentait le fond au-dessus du pubis. De plus, la femme avait ressenti des douleurs expulsives, qu'elle disait en tout semblables à celles de l'accouchement; tout portait donc à croire que l'on avait eu alors affaire à une fausse-couche; malheureusement, les caillots qui avaient été rendus, et qui auraient pu servir à éclairer le diagnostic, n'avaient pas été conservés.

A la suite de cette perte de sang, la malade tomba dans un collapsus profond, la température descendit à 37°, et la mort survint le même jour.

L'autopsie, qui fut faite le 1er mars, révéla du côté du poumon droit les lésions caractéristiques de la pneumonie.

M. Béhier, après avoir étudié avec soin ces lésions, décrit ensuite les altérations des organes génitaux.

Ces organes enlevés, après section de la symphyse pubienne, montrent la cavité du col remplie par un énorme caillot, faisant saillie d'environ 6 centimètres dans la cavité vaginale.

Du côté du vagin, on ne constate aucune altération; il est seulement plus large qu'à l'état normal.

L'utérus a acquis un volume triple de celui qu'il a d'ordinaire; il est blanc graisseux, et présente au toucher une résistance un peu moindre qu'à l'état normal.

Le caillot dont il vient d'être fait mention, se prolonge dans toute l'étendue de l'utérus, qu'il distend.

Ce dernier organe présente une augmentation considérable de tous ses diamètres; on constate 12 centimètres de hauteur et 22 de circonférence. Les parois ont 2 centimètres d'épaisseur. Le caillot, qui a 14 centimètres de longueur, adhère intimement au fond de l'utérus et se détache assez bien de cet organe en avant et sur les côtés.

La face interne de l'utérus avait contracté des adhérences assez intimes par places avec la face externe du caillot, qui offre une coloration rouge-noirâtre, et qui est enveloppée d'une première couche tomenteuse, adhérente à la paroi. Au-dessous, on trouvait une membrane fine, semi-transparente, à l'intérieur de laquelle on voyait par transparence, des masses de caillots lisses, irrégulièrement mamelonnés.

La partie la plus adhérente semble être dans la zone utérine gauche.

Sur l'ovaire de ce côté, on observe une petite tumeur fluctuante du volume d'une mirabelle, à parois injectées et parcourues par les vaisseaux hyperémiés.

La trompe du même côté est le siége d'une très-vive congestion.

Cet état des organes génitaux ne peut laisser de doute sur l'existence d'une grossesse, l'hypertrophie de l'utérus et l'épaississement des parois qui eussent été amincies si l'utérus eût été simplement dilaté par la présence du sang contenu dans la cavité, les membranes de l'œuf, les villosités choriales, que l'examen histologique fait par M. Liouville met parfaitement en évidence ; enfin le petit kyste observé sur l'ovaire gauche sont la preuve de la grossesse. On voit, en effet, souvent se produire le développement kystique du corps jaune, correspondant à l'ovule qui a été fécondé. Quand à savoir sous quelle influence cette fausse-couche s'est produite, on peut admettre qu'elle a été le résultat de l'intensité même de la maladie et de son passage au 3e degré. C'est d'ailleurs ce qui se produit dans la plupart des maladies aiguës, telles que la variole, la fièvre typhoïde.

Après cet exposé, M. Béhier termine sa leçon en disant que le traitement qui a été dirigé contre la pneumonie a consisté dans l'application de vésicatoires, mais qu'il fut peu efficace à cause de l'état d'affaiblissement que présentait la malade, et de a marche rapide des accidents.

A. L.

MATERNITÉ DE L'HOPITAL COCHIN.

SERVICE DE M. POLAILLON.

Grossesse compliquée d'un corps fibreux (myôme) de l'utérus. — Accouchement spontané d'un fœtus putréfié. — Métro-péritonite consécutive. — Mort.

Observation recueillie par M. Rigabert externe du service.

F.... (Eugénie), 27 ans, domestique, entre le 7 janvier 1874 à la maternité de l'hôpital Cochin.

Cette femme est amenée par une sage-femme de la ville, chez laquelle elle se trouvait depuis deux jours pour y accoucher. Cette dernière, d'un air fort inquiet, nous affirme qu'elle se trouve en présence d'un accouchement laborieux, et que, sur le conseil de deux médecins, elle a engagé la malade à entrer à l'hôpital. Elle ajoute que le travail commencé depuis deux jours, semble s'être arrêté, que la poche des eaux s'est rompue la veille au soir, et qu'enfin les deux médecins et elle ont senti par le toucher une partie fœtale indéterminée, mais autre que le sommet.

La malade que nous interrogeons ensuite, nous raconte que la sage-femme a elle-même rompu la poche des eaux. Elle nous dit ne pas souffrir fortement, mais, en dehors des contractions utérines très-rares, éprouver un grand malaise. Dans la nuit du 6 au 7, elle a eu des vomissements bilieux abondants. Elle n'a plus conscience des mouvements de son enfant, qu'elle a parfaitement sentis durant toute sa grossesse.

C'est une primipare à constitution très-chétive avec anémie profonde. L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur du fœtus. Par le toucher on sent une dilatation du col de la grandeur d'une pièce de 2 francs ; contrairement aux assertions de la sage-femme, nous sentons parfaitement la présence du sommet au détroit supérieur. L'occiput est dans la fosse iliaque gauche et en avant; deux pariétaux chevauchent fortement l'un sur l'autre. La vulve exhale une odeur infecte ainsi que le doigt qui a servi à l'exploration.

A deux heures de l'après-midi l'accouchement se fait spontanément. C'est un fœtus putréfié exhalant une odeur très-fétide.

Le cordon se casse, tout en opérant des tractions modérées pour faire la délivrance ; à ce moment survient une hémorrhagie assez abondante qui s'arrête complètement une fois la délivrance artificielle achevée : le placenta non encore décollé est retiré en entier.

Le 9 janvier surviennent les symptômes d'une métro-péritonite à laquelle succombe notre malade.

AUTOPSIE. — *Aspect extérieur.* — Ventre ballonné. Dilatation des veines superficielles de la cuisse.

Cavité thoracique. — Poumons sains, légère congestion de la base.

Le péricarde renferme environ 150 grammes de sérosité.

Rien à noter sur l'état du cœur.

Cavité abdominale. — Elle renferme 1,500 grammes de pus crémeux.

Les intestins sont agglutinés et recouverts par places de fausses membranes assez épaisses. Léger météorisme intestinal, ballonnement considérable de l'estomac.

Le foie est hypertrophié : son tissu à la coupe présente l'aspect graisseux.

La rate et les reins sont sains.

La face externe de l'utérus est recouverte de fausses membranes ; il a la forme d'un cœur de carte à jouer ; la partie droite est dure au toucher ; la partie gauche se laisse facilement déprimer. Le doigt introduit dans le col, rencontre à droite une tumeur, du volume d'une grosse orange ; non pédiculisée et s'étendant partie sur la face interne du col, et partie sur la face latéro-inférieure droite de la cavité utérine.

Une coupe est faite dans le sens vertical ; à droite elle divise en deux un myôme dont la partie centrale est en voie de ramollissement. A gauche, la muqueuse est vivement congestionnée. Les sinus utérins à la coupe donnent issue à du sang noirâtre. La trompe droite renferme du pus. Lymphangite purulente du même côté.

RÉFLEXIONS. — Il n'est pas sans intérêt d'examiner comment l'accouchement spontané a pu se faire malgré la présence dans l'utérus d'un myôme.

Tous les chirurgiens sont d'accord sur ce point, à savoir: qu'en général la présence d'un corps fibreux dans l'utérus apporte des obstacles sérieux à la grossesse, et, si celle-ci vient à terme, à l'expulsion du fœtus. Les statistiques, cependant, permettent de conclure que sur 100 grossesses compliquées de corps fibreux, l'accouchement spontané peut se faire 20 fois.

Cette fréquence relative des accouchements spontanés peut s'expliquer, soit par la situation du corps fibreux, soit par son mode d'implantation, soit enfin par les transformations survenues dans les myômes sous l'influence de la grossesse.

En premier lieu, l'accouchement spontané se comprend aisément, dans le cas où le corps fibreux se trouve sur le segment supérieur de l'utérus. Mais s'il se trouve sur le segment inférieur, il est des cas où l'accouchement peut encore se faire spontanément, c'est quand on est en présence d'un myôme à pédicule mobile. Car sous l'influence du travail et au moment de l'accouchement, il se fait un déplacement de la tumeur: celle-ci abandonne l'excavation et remonte dans la cavité abdominale en se dirigeant surtout vers une des fosses iliaques.

C'est ce qui s'est certainement passé dans le cas qui fait le sujet de cette observation. On s'explique ainsi les assertions de la sage-femme qui a amené la malade à l'hôpital; cette dernière, en effet, avait touché la femme au moment où la tumeur n'avait subi aucun changement de situation, et sentant sous son doigt le corps fibreux, elle avait diagnostiqué une présentation vicieuse. Au moment où nous avons pour la première fois examiné notre malade, les choses avaient changé : la dilatation s'était avancée, et la tête avait repoussé vers la fosse iliaque la tumeur fibreuse.

En troisième lieu, les chirurgiens admettent que, dans le cours d'une grossesse, diverses modifications peuvent survenir dans la structure d'un myôme; ce sont ordinairement des dégénérescences graisseuses et des ramollissements partiels avec augmentation du volume de la tumeur. Ces modifica-

tions amènent un changement dans la consistance de ces tumeurs, et facilitent ainsi le passage de la partie fœtale. Nous croyons que dans l'histoire de notre malade, quelque chose de semblable a dû se passer. L'autopsie a démontré le ramollissement central de la tumeur fibreuse. Pourquoi ne pas admettre alors que, sous l'influence des contractions utérines, et de la pression de la tête qui se présentait la tumeur a subi une déformation, et un déplacement dans la fosse iliaque gauche facilitant ainsi le passage du fœtus.

En résumé, on peut expliquer l'accouchement spontané dans le cas qui fait le sujet de notre observation :

1° Par le déplacement du corps fibreux sous l'influence du travail.

2° Par les modifications internes survenues dans cette tumeur durant la grossesse, modifications qui ont laissé plus de champ, au passage de la tête.

La pièce qui fait le sujet de cette observation, a été présentée par M. Polaillon à la Société de chirurgie, dans la séance du 26 février, et par nous à la Société anatomique le 9 février 1874.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Note sur le développement du tissu muqueux dans le contenu des œufs de Naboth, par J. Renaut, répétiteur d'histologie à l'École pratique des hautes études.

On sait que les *œufs de Naboth* sont de petits kystes formés aux dépens des glandes en tube du col de l'utérus. Les culs-de-sac glandulaires, tapissés de cellules caliciformes se remplissent de mucus qui distend la glande et la transforme en une cavité arrondie, close de toutes parts. Ordinairement, on rencontre dans le col de l'utérus un certain nombre de ces kystes. Quand leur développement devient très-actif, il se produit une sorte d'*acné de la muqueuse*, analogue à celui de la peau.

On n'a signalé jusqu'à présent, dans ces kystes, rien autre chose que l'accumulation de la mucine, et parfois la transformation graisseuse du contenu. Il semble cependant que ce dernier puisse devenir le siége d'une organisation véritable, et que, dans des circonstances qui restent encore à déterminer, la mucine, accumulée dans le kyste, arrive à constituer un milieu favorable à la formation d'un tissu défini.

Sur un col de l'utérus, atteint d'acné chronique et amputé à l'aide du galvano-cautère par M. Demarquay, j'ai pu suivre le développement des kystes de Naboth et constater l'élargissement des glandes, l'accumulation de la mucine, et la transformation du tissu utérin voisin en tissu embryonnaire. Ces phénomènes sont tout à fait analogues à ceux que l'on observe dans la peau atteinte d'*acné hypertrophique*. Mais, à mesure que l'on considère des kystes de plus en plus volumineux, on voit apparaître dans leur cavité des cellules embryonnaires, qui deviennent de plus en plus nombreuses, de sorte que, dans certains d'entre eux, le contenu prend tout à fait l'aspect du corps vitré de l'embryon, formé, comme on le sait, de cellules arrondies plongées dans une masse de mucine.

Dans les kystes très-volumineux, on voit en outre un réseau élégant de cellules étoilées, plongées aussi dans la mucine, anastomosées entre elles par des prolongements protoplasmiques délicats, qui rayonnent dans tous les sens et reproduisent d'une manière frappante le type du tissu muqueux sans fibrilles des très-jeunes embryons et des mollusques. A côté de ces cellules ramifiées, on en voit d'autres beaucoup plus volumineuses et formées d'une masse de protoplasma granuleux, contenant toujours plusieurs noyaux. Quelques-unes même ressemblent aux plaques à noyaux multiples de la moelle des os, d'autres ont une forme étoilée et des prolongements délicats. Ces éléments m'ont paru être des cellules en voie de prolifération très-active.

J'avais d'abord pensé qu'il s'agissait d'un bourgeonnement du tissu muqueux, parti d'un point quelconque de la paroi ; mais en fendant en deux un kyste de Naboth et en ouvrant le contenu avec une pince, je n'ai pu constater ni d'un côté ni de l'autre l'existence d'aucun pédicule. Les coupes successives, faites après durcissement, montrent en outre que les éléments étoilés ne sont soumis à aucune orientation particulière, et que la paroi du kyste est partout revêtue d'un épithélium caliciforme pour les petits et les moyens kystes, prismatique pour les plus volumineux.

Il semble donc qu'il s'agit bien ici d'une organisation véritable d'un tissu au milieu d'un liquide kystique pénétré par des cellules embryonnaires, aptes à proliférer.

Ce fait eût paru inexplicable avant les recherches de Recklinghau-

sen sur les cellules migratrices ; il m'a paru remarquable en lui-même, et je l'ai signalé, pensant qu'il pourrait en outre avoir quelque importance au point de vue de l'histoire du developpement général des kystes. (Séance du 14 février 1874. *Progrès méd.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Cancer de l'utérus. — Oblitération des uretères. — Urémie (forme gastrique), par M. Carpentier-Méricourt, *interne provisoire des hôpitaux de Paris.*

S... (Marguerite) âgée de 58 ans, née à Colmar, est entrée le 14 janvier 1874, à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Dujardin-Beaumetz.

D'une bonne santé habituelle, elle n'accuse qu'une pneumonie antérieure. Elle n'a jamais eu d'enfants, et a cessé d'être réglée depuis 6 ou 7 ans.

Elle n'avait jamais rien ressenti du côté des organes pelviens, lorsque il y a deux ans, à la suite d'un violent chagrin (la mort de son mari) elle a été prise, dit-elle, d'une métrorrhagie abondante qui l'effraya beaucoup; cette perte s'arrêta au bout de quelques jours, mais elle fut remplacée par une leucorrhée persistante.

Après des marches excessives et après un travail forcé, réapparition de ces pertes qui cessaient rapidement ; mais, depuis quelque temps, un écoulement sanguinolent, roussâtre, fétide est presque continu ; la malade, de plus, accuse des douleurs abdominales et lombaires qui ne la quittent plus.

Elle entre à l'hôpital, le 14 janvier 1874. Santé générale assez satisfaisante. La malade est très-grasse, pas émaciée le moins du monde, n'a pas la teinte caractéristique du cancer, mais seulement un peu de pâleur de la face et des téguments.

Perte d'appétit; dégoût des aliments, de la viande surtout. Ne mange que de la soupe et des laitages.

Fréquemment des nausées ; rarement des vomissements, qui, du reste, ne présentent rien de remarquable, et renferment de la bile et quelques aliments.

Elle est un peu constipée depuis quelque temps déjà.

La miction se fait régulièrement, dit la malade, elle urine même beaucoup et se plaint d'avoir toujours soif; elle boit, comme elle urine, c'est-à-dire de trois à quatre litres de liquide.

Le palper abdominal éveille des douleurs s'irradiant au-dessus du pubis, dans les fosses iliaques ; dans les lombes, la pression est douloureuse aussi, mais moins cependant.

Toucher vaginal. — Au toucher, le doigt entre dans une masse granulée, fongueuse, saignante, et ne peut établir la limite entre les

parois du vagin et le col utérin ; — une masse cancéreuse, donnant un ichor fétide, occupe toute la région. Pas de propagation au rectum.

Diagnostic. — Cancer du vagin et de l'utérus, ayant détruit la portion vaginale du col.

Au bout de quelques jours de séjour à l'hôpital, la malade fait remarquer qu'elle urine moins. En même temps, elle a des nausées plus fréquentes; puis, elle se met à vomir les jours suivants.

Ces vomissements ne présentent pas de caractère spécial, pas de coloration noirâtre ; ils surviennent aussi bien avant qu'après l'ingestion des aliments.

L'examen attentif de la région épigastrique, ne fait constater aucune tumeur ni à l'estomac, ni du côté du foie.

La malade qui a perdu tout appétit, accuse une soif vive, et ne prend plus que du lait, de l'eau de seltz et de la glace. Mais les vomissements n'en sont pas moins fréquents, alternant avec quelques hoquets qui fatiguent cruellement la malade.

Cet état et les douleurs lancinantes dans le petit bassin, dans les cuisses, empêchent tout sommeil et la malade prie instamment qu'on la fasse dormir. Deux jours de suite on lui fait, le soir, une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine, mais on cesse sur la demande expresse de la malade qui les accuse de la rendre « toute drôle » et de ne pas la faire même sommeiller.

La persistance de ces vomissements, en même temps que la lenteur du pouls, l'abaissement à la main, de la température du corps, portent M. Beaumetz à diagnostiquer des symptômes d'urémie tenant probablement à une compression des uretères par la tumeur du bassin.

La température axillaire, prise le 21 février, au matin, est de 36° ; le soir, à la visite, la malade était morte; elle s'était éteinte lentement, pour ainsi dire par surprise, après avoir causé avec ses voisines, avec la religieuse du service ; ayant conservé sa connaissance jusqu'au bout, et sans avoir rien présenté d'extraordinaire, ni coma, ni convulsions. Dans la journée, elle paraît cependant avoir eu moins de nausées, mais des hoquets assez fréquents, sans vomissements. Elle se plaignait aussi d'être fatiguée et essouflée.

Autopsie, 29 heures après la mort. Cadavre ayant un notable embonpoint. Face pâle, anémiée, mais pas la teinte jaune paille du cancer. A la coupe, épaisseur considérable de tissu adipeux.

Poumons. — Ne présentent rien. Un noyau induré seulement au sommet gauche.

Cœur.— Couvert d'une masse considérable de graisse. *Cor bovis.* Hypertrophie très-grande des parois du ventricule gauche. Dilatation uniforme de l'aorte, qui présente des signes d'aortite, des plaques

jaunâtres, sous la muqueuse non indurée. Rien aux valvules. Pas de caillots.

Foie. — *Rate.* — *Intestins.* — Rien d'anormal.

Estomac. — A peu près vide, un peu de lait caillé seulement.

Les organes génito-urinaires, présentent les particularités suivantes :

Reins. — Différents de volume et d'aspect. Difficiles à décortiquer. La capsule très-épaissie, est très-adhérente, surtout en quelques endroits; à l'extrémité supérieure, par exemple, où elle cache une sorte de cicatrice du rein. En ces points adhérents, la face interne de la capsule est très-vasculaire.

M. Liouville a bien voulu examiner l'état des reins, et a constaté : de la néphrite, de la sclérose qui paraît également prononcée dans la substance corticale, et dans la substance tubulaire, avec atrophie d'un certain nombre de glomérules de Malpighi.

Les reins présentent les dimensions suivantes :

Rein *gauche*, un peu atrophié, paraît légèrement arrondi; longueur 11 centim., largeur 4 centim., épaisseur 2 cent 5.

Rein *droit*, assez volumineux, allongé : longueur 13 cent., largeur 7 cent. 5, épaisseur 3 cent.

Uretères. — Très-dilatés, se présentent sous l'aspect de cordons blanchâtres, transparents, ressemblant beaucoup à l'intestin de l'enfant. Comme les reins, ils offrent entre eux des différences :

A *gauche*, *bassinet*, très-dilaté ; si on l'aplatit, il a une longueur transverse de 3 cent. 5.
— *uretère*, très-dilaté aussi, 4 centim. de circonférence.
A *droite*, *bassinet*, peu dilaté, aplati, 1 centim.
— *uretère*, moins dilaté, 3 centim. de circonférence dans la portion inférieure qui est la plus distendue.

On peut suivre le trajet des uretères et les isoler des parties voisines, jusqu'au point où ils vont contourner l'utérus, là, ils sont englobés dans une masse dont il est impossible de les isoler, ils ne sont pas froncés, et ne paraissent pas brusquement rétrécis.

En pressant fortement sur l'uretère distendu, on peut faire sourdre dans la vessie quelques gouttes de liquide entraînant avec lui des petits grumeaux blanchâtres, identiques à ceux que nous retrouverons dans la masse cancéreuse.

L'uretère gauche contient plus de liquide que le droit; le rein est fendu et le liquide recueilli est examiné au laboratoire de l'Hôtel-Dieu, par M. Roux : on a constaté la présence de carbonate d'ammoniaque; peut-être, il y avait de l'urée, mais (l'examen a été fait trois jours après la mort) la présence, dans le liquide de matières organiques, cellules épithéliales, globules blancs et rouges, pourrait expli-

quer l'ammoniaque rencontrée. On n'a pas, au microscope, trouvé de cristaux d'acide urique.

Vessie. — Peu d'urine, dans laquelle flottent quelques grumeaux blancs, ayant l'aspect de grains de semoule agglomérés ; grains détachés d'une plaque cancéreuse dure, occupant le bas fond de la vessie ; on distingue sur cette plaque deux saillies en forme de virgule dont la base répond à l'orifice des urétères qu'elle bouche et dont le sommet se reliant à celui du côté opposé forme une sorte de rigole conduisant à l'orifice vésical de l'urèthre.

Les autres portions de la vessie sont indemnes. L'urèthre a sa muqueuse congestionnée et striée de fins vaisseaux parallèles à sa direction.

Utérus. — Envahi à peu près totalement par le cancer sauf dans le tiers supérieur qui est mollasse et contient dans sa cavité, ayant le volume d'un œuf de pigeon, un liquide roussâtre, avec détritus blancs jaunâtres.

En prenant entre les doigts la vessie, la portion inférieure de l'utérus et le vagin, on ne sent qu'une masse dure, faisant cependant deux saillies notables de chaque côté de la ligne médiane.

Si l'on fend l'utérus et le vagin, on voit que ce dernier se confond insensiblement avec le corps de l'utérus (on ne distingue plus de col) transformé en une masse cancéreuse blanchâtre, granitée. Les lymphatiques utérins sont gorgés de matière cancéreuse.

Au niveau de l'orifice vésical de l'uretère droit, il y a un ramollissement et une désagrégation notable de la tumeur ; il s'est formé là, une sorte de caverne qui n'est séparée de l'intérieur de la vessie, que par une mince cloison qu'on romprait facilement. Il se serait en ce point bientôt formé une fistule vésico-utéro-vaginale.

Les ovaires forment chacun un kyste, plus volumineux à droite qu'à gauche.

A droite, par la pression, on fait refluer un peu de liquide dans la trompe. Le kyste a le volume d'un œuf de poule.

Rectum. — Pas d'altération de la muqueuse. Le cancer n'a pas encore envahi les parois de cet intestin.

Il y avait dans le rectum quelques matières fécales durcies.

Réflexions. — Cette observation, analogue à une autre présentée à la Société anatomique, par M. Liouville, dans le courant de 1873, vient à l'appui :

1° De l'opinion émise par M. Wannbrucq (de Lille) et M. Lasègue, à savoir : que souvent dans le cancer utérin, la mort survenait par suite de l'oblitération des uretères et non par suite de la cachexie cancéreuse. Dans notre cas, en effet, bien que les lésions fussent très-avancées, la malade, loin d'être émaciée et cachectique, présentait un très notable embonpoint.

2° Des remarques de M. Bourneville sur l'abaissement de la température dans l'urémie; c'est du reste, cette particularité qui a fait poser le diagnostic : Urémie (forme gastrique).

On remarquera aussi dans ce cas les relations entre l'excrétion de l'urine et les vomissements : au début, la malade urinait beaucoup, peu de vomissements; dans la dernière période, peu d'urine, hoquets et vomissements fréquents.

M. Charcot fait remarquer que, vraisemblablement, l'absence de coma et de convulsions était due à la persistance de ces vomissements répétés qui auront été ainsi un mode d'élimination de l'urée. (Séance du 27 février 1874).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude sur les avantages de l'allaitement maternel, par le Dr Verriet-Litardière (1). — Le titre de cette thèse indique suffisamment le but qu'a poursuivi l'auteur dans son travail. Partant de ce fait que l'allaitement est le complément de la gestation, que la sécrétion lactée est la dernière phase du cycle génésique, il cherche à démontrer que la mère, trop souvent oublieuse de ses devoirs maternels, s'expose lorsqu'elle n'allaite pas son enfant, à des accidents qu'il est du devoir du médecin de lui faire connaître.

Quant au nouveau-né, les avantages qu'il retire de l'allaitement maternel sont incontestables.

Dans les discussions que souleva cette question de l'allaitement maternel, tous les auteurs qui ont pris la parole sur ce sujet sont unanimes pour considérer l'allaitement maternel comme le plus profitable à l'enfant et le plus en rapport avec son appareil digestif encore embryonnaire, mais ils ont presque toujours négligé de rechercher les avantages qui peuvent en résulter pour la mère au point de vue physique ou les accidents qui peuvent survenir chez elle de l'absence de cet allaitement.

Laissant de côté les avantages de l'allaitement maternel au point de vue du nouveau-né, M. Verriet-Litardière ne s'est occupé que de mettre en évidence ce fait : « Que la femme qui allaite est moins exposée aux affections utérines que celles qui n'allaitent pas. »

Partant de cette idée, l'auteur étudie les transformations que subit l'utérus pour revenir à son état normal et se demande ce qui se produit au point de vue physiologique :

---

(1) Thèse de Paris, 1873.

1° Chez la femme qui allaite;

2° Chez la femme qui n'allaite pas.

Puis il conclut avec M. Courty « que le défaut d'allaitement à la suite des couches n'est pas sans influence sur l'accomplissement du travail d'involution sur la déplétion et le dégorgement de l'organe, et par suite sur le développement des maladies utérines. La fluxion considérable et continue que l'allaitement entretient sur les mamelles détourne les mouvements fluxionnaires qui se porteraient sur l'utérus avec d'autant plus d'efficacité que ces deux organes sont rattachés l'un à l'autre par un lien sympathique non équivoque, et par conséquent aide les actes de résolution et de résorption qui tendent à dissiper la congestion et l'engorgement de la matrice. L'allaitement est encore utile, en empêchant la menstruation et par conséquent la fluxion et la congestion qui les caractérisent, de venir ajouter leur influence à celle de l'involution incomplète. Il empêche enfin le retour prématuré de la grossesse, et par suite la tendance morbide que nous venons de signaler comme une conséquence de la succession rapide des gestations. »

Enfin l'auteur termine son travail par l'exposé de 16 observations qu'il a recueillies dans les hôpitaux de Paris ou qui lui ont été communiquées.

M. Verriet-Litardière a abordé dans sa thèse un sujet tout nouveau, nous le félicitons d'avoir appelé l'attention des médecins sur les avantages de l'allaitement maternel, malheureusement trop négligé dans les grandes villes, où les femmes d'une certaine classe de la société ne veulent pas s'astreindre aux ennuis qui résultent de ce mode d'alimentation du nouveau-né. A. L.

REVUE DES JOURNAUX.

Propriétés abortives du sulfate de quinine. — Les propriétés abortives du sulfate de quinine ont attiré, pendant l'année 1873, l'attention d'un certain nombre de médecins; M. Martineau a cité un cas où l'action de ce sel paraît avoir joué un rôle. Monteverdi (de Clermont) et Duboué (de Pau) avaient déjà signalé des cas analogues. M. Rancillia, vétérinaire à Caen, a observé le même effet sur une chienne ; enfin le Dr Vabraven, qui exerce dans un pays marécageux, dit avoir plusieurs fois pu constater l'action abortive du médicament qu'il a souvent occasion d'administrer. Il est vrai qu'on peut se demander si une bonne part de responsabilité ne revient pas ici directement à la fièvre intermittente elle-même. Le Dr Cautermann, qui exerce lui-même dans une contrée marécageuse, nie du reste le pouvoir abortif de ce médicament. L'action qu'exerce la quinine sur l'élément contractile des vaisseaux ferait cependant supposer qu'elle doit agir de même sur les fibres utérines; on peut encore se demander si

l'augmentation du pouvoir excito-moteur de la moelle n'entre pas en ligne pour produire l'expulsion prématurée du produit de la conception. (*Journal de thérapeutique*, no 1, p. 33, 1874).

L'action du sulfate de quinine sur l'élément contractile des vaisseaux a été déjà notée dans l'excellente thèse du Dr Bartharez (1) et vient d'être confirmée récemment dans une note lue à la Société de médecine de Gand par le Dr Deneffe (2). Pour cet auteur l'action du sulfate de quinine, dans les hémorrhagies utérines, s'élève à la hauteur d'un axiome; car il a pu, à l'aide de cet agent, arrêter en quelques heures des pertes qui présentaient même un caractère inquiétant.

Nous ne faisons que mentionner ces travaux, nous réservant de revenir bientôt sur cette action du sulfate de quinine sur les fibres musculaires lisses. A. L.

De la noix vomique dans les vomissements de la grossesse, par Blackwell. — Dans un cas de vomissements chez une femme enceinte où l'on avait essayé inutilement tous les moyens habituellement employés, deux gouttes de teinture de noix vomique données chaque heure firent cesser les accidents. (*Philadelphia reporter*, octobre 1873.)

Vomissements de la grossesse. — Le bromure de potassium doit à sa faculté dialytique prononcée, d'être facilement absorbé par les muqueuses. M. Woillez a utilisé ce fait en proposant des badigeonnages dans le pharynx avec une solution de bromure à un tiers, pour combattre les vomissements par action réflexe chez les femmes enceintes. (*Journal de thérapeutique*, janvier 1874, p. 25).

Galactorrhée dans la vieillesse. – Le Dr Casa Luigi, appréciant un article sur ce sujet, publié par un de ses confrères, rapporte deux observations personnelles de cette anomalie de la sécrétion lactée chez de vieilles femmes.

Le premier cas fut observé chez une femme de 65 ans ne présentant aucune maladie des organes génitaux, sans antécédents constitutionnels, heureusement accouchée de six enfants et qui avait cessé d'être réglée à 55 ans. Vers 60 ans, les seins commencèrent à gonfler et chaque mois, au dire de la malade, la tuméfaction augmentait et devenait douloureuse. Aucun écoulement par le mamelon. Après avoir duré un certain temps, cet état cesse pendant deux ans pour reparaître dans les premiers mois de 1868. A cette époque, les mamelles

(1) Bartharez, Du traitement des hémorrhagies utérines par le sulfate de quinine. Thèse de Paris, 1872.

(2) Deneffe, Emploi du sulfate de quinine dans les hémorrhagies utérines (note ue à la Société de médecine de Gand. — *Le Scalpel*, 1874, p. 176).

considérablement tuméfiées et engorgées laissaient écouler sous une légère pression un liquide d'aspect en tout semblable à celui du lait. Le lactomètre de Donné ne révéla qu'une faible différence avec le lait d'une primipare récemment accouchée. Cette femme, dit l'auteur, se livrait avec passion, malgré son âge, aux plaisirs de l'amour. L'usage de l'ergotine Bonjean fit diminuer le flux de l'engorgement, mais la malade mourut d'une pleuro-pneumonie double consécutive à une fièvre typhoïde.

Le deuxième cas, plus contestable au point de vue de la galactorrhée vraie, s'observa chez une femme de 50 ans, atteinte d'un cancer de l'utérus. Les mamelles tuméfiées et douloureuses laissaient échapper un liquide semblable en apparence à du lait, mais un peu plus épais et vert-clair. (*Gazzeta delle Cliniche*). VIAULT.

Embryulcie par le procédé de Braxton Hicks et Barnes. — Une primipare de 23 ans, en travail depuis 36 heures, fut admise à l'hôpital de Milan. Cette femme grande (1 m 52), bien conformée en apparence, sans aucune déformation des membres présentait un retrécissement d'environ 63 millim. au niveau du diamètre sacro-pubien sans déviation du promontoire, les autres diamètres n'étant que peu diminués. Le rachitisme qui, à son dire, l'avait empêchée de marcher jusqu'à l'âge de 7 ans, avait donc, sans troubler en apparence l'harmonie du squelette, laissé un retrécissement considérable du bassin. Pas d'autres antécédents morbides, outre le rachitisme, qu'une très-grave brûlure du genou gauche qui fut très-longue à guérir.

Grossesse à terme, sans accident. A son entrée elle ne présente pas le moindre œdème des membres inférieurs, ni d'aucune autre partie; état moral excellent malgré la longueur du travail, rien en un mot, ne fait soupçonner l'imminence de l'éclampsie. Col dilaté, on n'atteint aucune partie fœtale, cependant on diagnostique la position O. I. G. A, la tête étant sentie au-dessus du pubis par le palper abdominal.

L'issue de méconium par le vagin et l'écoulement déjà ancien des eaux de l'amnios appellent l'intervention. Mais laquelle ? On commence par prescrire un bain entier et une douche d'eau chaude sur le col qui restent sans effets. L'irrégularité du pouls fœtal et son affaiblissement considérable font perdre l'espoir de sauver l'enfant et on pratique aussitôt la crâniotomie, réservant l'extraction du fœtus pour le moment où la dilatation du col sera complète. Vingt minutes après, se déclara un premier accès d'éclampsie des mieux caractérisés. Application immédiate du céphalotribe de Blot indiqué dans ce cas à cause de l'étroitesse de ses branches. Mais après un premier broiement l'instrument lâche prise au moment des tractions. Réintroduit, il lâche prise encore après un nouveau broiement, et ainsi une troisième fois. On a recours alors au crochet mousse qu'on remplace bientôt par le

crochet aigu. Trois fois aussi ce dernier lâcha prise parce qu'il s'était implanté sur des parties déchirées par le céphalotribe. La main fut alors introduite et le doigt ayant atteint l'œil droit, on put implanter solidement la pointe du crochet dans l'orbite. Des tractions peu énergiques firent alors descendre la tête, et le menton étant arrivé sous le pubis, le fœtus fut extrait en entier. Pendant ce temps était survenu un troisième accès éclamptique.

Suites de couches normales après les 36 premières heures pendant lesquelles il y eut encore huit accès d'éclampsie, le dernier 9 heures après la délivrance. Traitement : chloral et bromure de potassium à haute dose, saignée du bras, calomel et jalap. Les urines examinées après le premier accès furent trouvées fortement albumineuses. La malade sortait guérie le onzième jour.

Cette observation, intéressante par le rétrécissement inattendu du bassin, le développement imprévu de l'éclampsie, l'est aussi pour le mode d'extraction du fœtus, qui n'est point nouveau, mais dont Barnes et Braxton Hicks ont fait dans ces derniers temps un procédé régulier en en fixant les indications et contre-indications. (Dr Chiara, *l'Osservatore*). VIAULT.

VARIÉTÉS.

La publication du premier numéro des ANNALES DE GYNÉCOLOGIE s'étant trouvée retardée jusqu'à la fin du mois de janvier, la RÉDACTION avait pris l'engagement de rapprocher successivement les livraisons suivantes, de façon à faire paraître celle de Mai à sa date régulière, c'est-à-dire le 15 du mois. — Elle a fait plus que tenir cette promesse, puisque ce numéro, qui est le troisième, arrive exactement à sa date, le 15 mars.

Il en sera désormais de même pour tous les numéros suivants, qui paraîtront régulièrement et à échéance fixe le 15 de chaque mois.

En entrant dans cette phase d'une publication régulière, dont la périodicité ne peut plus être troublée par aucune manœuvre, les fondateurs des ANNALES DE GYNÉCOLOGIE ont cru devoir faire connaître les noms des hommes compétents dont le concours sympathique est assuré à l'œuvre qu'ils ont entreprise.

Nous aurions pu grouper un plus grand nombre de noms, si nous n'avions essentiellement tenu à nous assurer au préalable du consentement de tous les confrères dont nous désirions obtenir le concours. Mais, une telle manière de procéder ne saurait convenir à la loyauté de notre caractère et nous ne regrettons qu'une chose, c'est de publier cette liste un peu prématurément et avant d'avoir eu le temps de recueillir tous les noms qui doivent y figurer. Mais ces noms amis, sur lesquels il nous est absolument permis de compter, ne tarderont pas

à venir occuper la place qui leur est réservée sur cette liste que nous ne voulons clore ni aujourd'hui ni plus tard.

Les Annales de Gynécologie devant être une tribune scientifique ouverte à toutes les discussions sérieuses, la Rédaction entend laisser à chacun l'entière liberté de ses opinions personnelles, et, comme elle ne veut accepter d'autre responsabilité que celle des articles qui émaneront directement d'elle, elle dégage d'avance de toute solidarité les auteurs dont elle publiera les travaux. C'est dire que toutes les opinions les plus contradictoires pourront trouver place dans ce *Recueil*, à la seule condition que les discussions ou les critiques, ne s'égarant jamais en dehors des matières exclusivement scientifiques, auront en même temps une forme toujours courtoise.

Décidés à ne s'émouvoir d'aucune contradiction et ayant par dessus tout horreur des coteries, les fondateurs des Annales de Gynécologie n'ont pas hésité un seul instant à convier les médecins de tous les pays à la collaboration de ce *Recueil*, qu'ils placent sous le patronage du corps médical tout entier, si dignement représenté par les savants confrères dont les noms figurent en tête de cette livraison.

Porte-topique vaginal. — Cet instrument, inventé par M. H. Delisle, ancien interne des hôpitaux de Caen, est destiné, à permettre à la

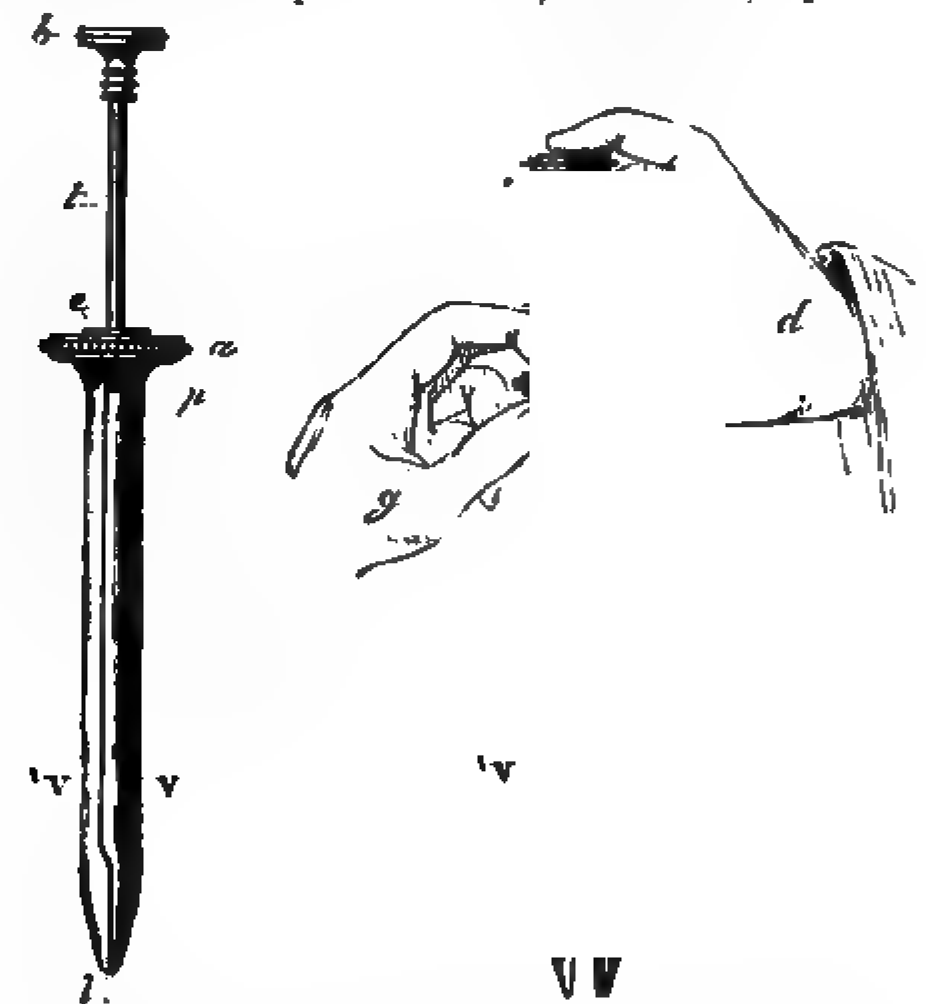


Fig. 1. — Porte-topique fermé. Fig. 2. — Porte-topique ouvert (1).

(1) *l*, trait indiquant la ligne suivant laquelle le porte-topique est divisé dans toute sa longueur en deux valves V 'V, — *p*, pavillon muni sur son pourtour d'une

femme de porter elle-même dans le vagin et jusque sur le col de l'utérus toutes les substances médicamenteuses que l'on emploie habituellement.

L'instrument se compose d'un cylindre creux (*Fig.* 1), dans lequel se meut un piston. Le cylindre est formé de deux valves qui s'écartent quand on presse sur la tige du piston (*Fig.* 2) et qui permettent ainsi l'issue de la substance médicamenteuse que l'on a placée préalablement dans l'intérieur du cylindre. Ces valves sont d'inégale di-

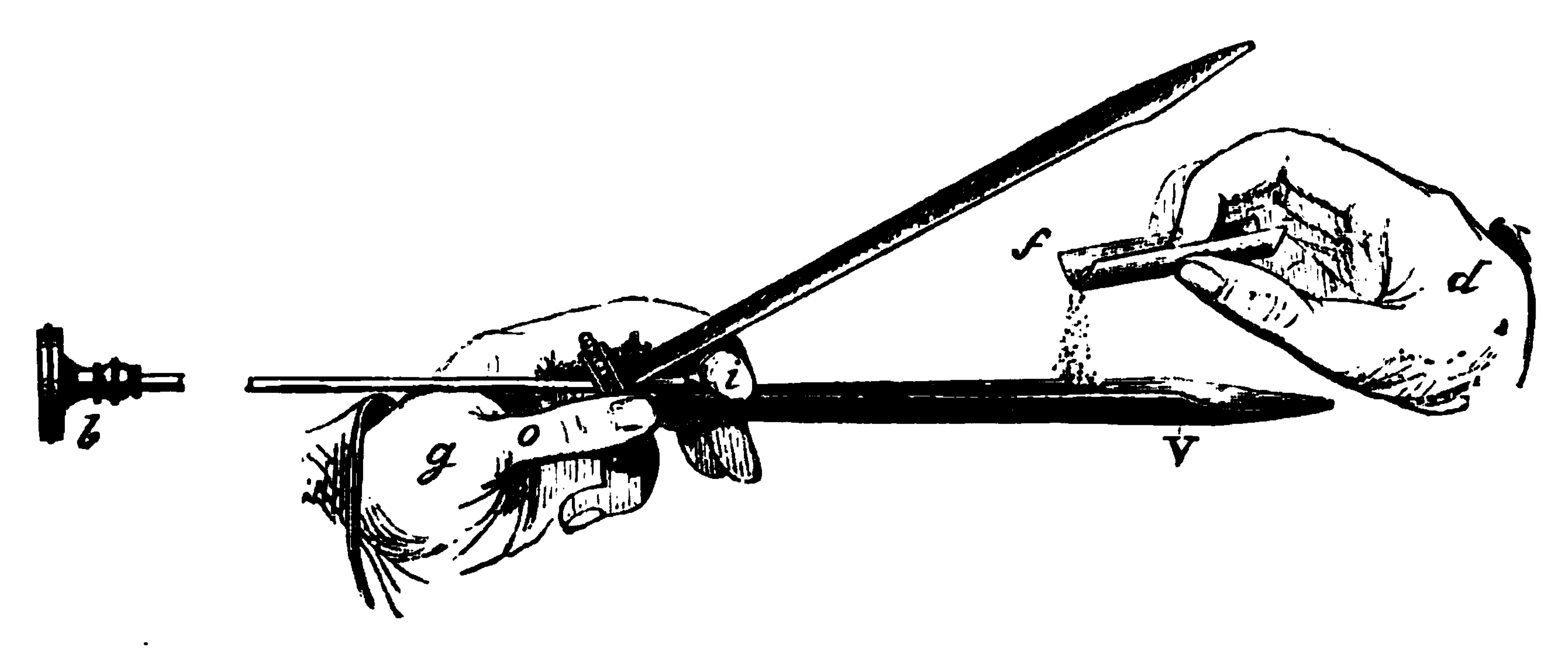


Fig. 3. — Position de l'instrument quand on le charge de la substance médicamenteuse.

mension, la section longitudinale qui divise l'instrument en deux valves n'étant pas pratiquée suivant le diamètre du tube. Cette disposition était utile pour obtenir une cavité susceptible de contenir une plus grande quantité d'agent médicamenteux.

Les diverses substances que l'auteur introduit ainsi dans la cavité vaginale sont les unes *solides*, comme les tampons d'ouate ou de charpie imprégnés de liquides médicamenteux, les sachets, les autres de *consistence pâteuse* comme les pommades, d'autres enfin *pulvérulentes* comme la poudre d'amidon, le sous-nitrate de bismuth, l'alun, etc.

Lorsqu'on veut se servir de l'instrument, il faut commencer par le charger de la substance médicamenteuse que l'on a choisie; pour cela on écarte les valves, comme le représente la figure 3, et l'on place dans la cavité de l'instrument le tampon d'ouate, la pommade ou la poudre, suivant le choix que l'on a fait de l'un ou l'autre de ces agents; puis, lorsque les valves sont rapprochées et maintenues au contact à l'aide d'un anneau de caoutchouc placé en A (*Fig.* 1), à la base de l'instrument, on procède à son introduction dans le vagin.

gorge dans laquelle est logé un anneau de caoutchouc *a*, qui par son élasticité maintient les valves rapprochées, — *e*, bouchon fermant l'ouverture du pavillon *p* et dans lequel glisse la tige *t* du piston.

Pour que cette introduction soit facile, l'auteur recommande à la malade de se placer dans une position qui se rapproche autant que possible de l'horizontale. Alors, elle fait fait pénétrer doucement l'instrument, préalablement enduit d'un corps gras, jusqu'au fond du vagin; puis, soutenant d'une main le pavillon dont il est muni, elle presse de l'autre main sur la tige du piston. Ce dernier pousse devant lui la substance médicamenteuse, qui, écartant les valves, tombe dans le vagin ou au contact du col.

Si l'on désire que l'agent topique soit répandu sur toute la surface du vagin, il suffit de retirer lentement l'instrument au fur et à mesure que l'on presse sur la tige du piston.

Dans le cas au contraire, où l'on veut limiter l'action de la substance médicamenteuse à la surface du col utérin, il est nécessaire d'emprisonner cette substance au fond du vagin à l'aide d'un tampon d'ouate, que l'on a préalablement interposé entre le piston et l'agent topique placé dans l'intérieur des valves.

Si l'on veut introduire un tampon d'ouate ou de charpie, voici comment il faut procéder : on donne à ce tampon la forme d'un cylindre auquel on attache par le milieu un fil fort, long de trente centimètres environ, dont on réunit les deux extrémités par un nœud de façon à former une anse, ceci fait, on pousse le piston qui dépasse

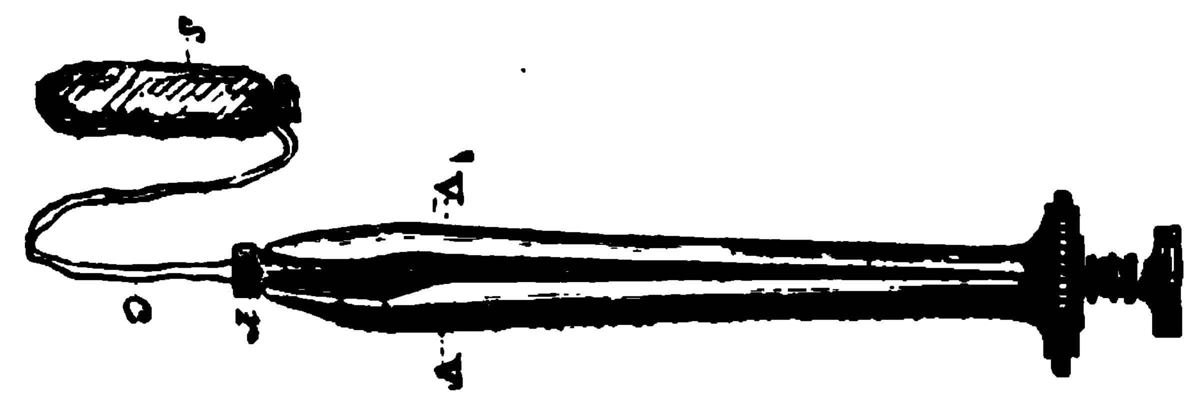


Fig. 4. — Disposition de l'instrument quand on veut introduire un tampon.

alors l'extrémité des valves, et l'on accroche l'anse de fil dans une petite fente pratiquée sur le piston; ce piston étant alors retiré, on loge le tampon dans l'intérieur des valves et l'on rapproche ensuite ces dernières; l'instrument est alors prêt à fonctionner.

Le fil ainsi accroché au tampon est destiné à être ramené à l'extérieur et à permettre ensuite à la malade d'extraire ce tampon.

M. Delisle a fait construire des porte-topiques de volumes différents, de façon à pouvoir satisfaire à toutes les exigences de la pratique. L'instrument peut avoir depuis le calibre d'une sonde uréthrale jusqu'à celui d'un gros spéculum en buis.

L'instrument qui vient d'être décrit permet à la femme de répéter tous les jours ou même plusieurs fois par jour des pansements qui d'habitude ne sont effectués qu'une ou deux fois par semaine.

Cet instrument, que nous avons eu l'occasion d'employer à plusienrs

reprises, nous paraît appelé à rendre de réels services en permettant la continuité d'action des substances médicamenteuses, laquelle ne peut être obtenue avec les injections liquides que l'on emploie d'ordinaire. A. L.

Nomination. — Par décret en date du 13 février 1874, M. le docteur Balbiani, a été nommé professeur d'embryogénie au Collége de France en remplacement de M. Coste.

Concours de prix. — La Société de médecine et chirurgie de Bordeaux, a dressé le programme suivant pour le concours du prix dont nous avons déjà fait connaître le sujet dans notre premier numéro.

Les maladies de l'utérus non-seulement n'ont aucune tendance vers la guérison spontanée, mais encore désespèrent souvent malades et médecins, par la fréquence des rechutes, des récidives. Cela tient à ce qu'on oublie trop souvent que s'il y a, dans la plupart des maladies utérines, à la fois affection générale, souvent diathésique, et affection locale, il faut, suivant les cas, suivant les causes, tantôt que les modificateurs généraux aient plus de part dans les traitements que les moyens locaux, tantôt que plus d'importance soit donnée au traitement local. Mais on ne trouve pas dans les auteurs d'indications bien précises des cas dans lesquels tel traitement doit tenir le premier rang ; aussi la Société, voulant attirer l'attention des travailleurs sur ce point de pratique, propose pour 1875 le sujet de concours suivant :

Quelle part dans les maladies utérines revient au traitement général et au traitement local?

Le prix est une médaille d'or de 300 fr. à décerner à la fin de l'année 1875.

Les mémoires, écrits très-lisiblement, en français ou en latin doivent être adressés *francs de port* chez M. Douaud, secrétaire général de la Société, rue Notre-Dame, 73, jusqu'au 31 août 1875 limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent point concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître ; ils doivent désigner leur mémoire par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant leurs noms, leurs adresses, ou celles de leurs correspondants. Si les conditions ne sont pas remplies leurs ouvrages seront exclus du concours.

Autre concours. — La Société médico-chirurgicale de Liége accordera un prix de 500 fr. et le titre de membre correspondant, à l'auteur du meilleur mémoire sur un sujet librement choisi : de la médecine, de la chirurgie, *des accouchements* ou de la pharmacie.

Les travaux devront être remis avant le 1er août 1874, à M. le Dr Davreux, secrétaire général de la Société, rue de la Casquette, 33, à Liége. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'assistance publique de Paris pendant le mois de février 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des Accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS. Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL	MORTALITE p. 0/0 Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL	Décès de femmes non accouchées à l'hôpital.
Hôtel-Dieu.......	22	1	1	2	4.54	4 54	9.09	»
Pitié...........	36	»	»	»	»	»	»	»
Charité.........	10 (*a*)	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Antoine...	29	1	»	1	3.44	»	3.44	»
Necker.........	9	3	»	3	33.33	»	33.33	»
Cochin (1).......	60	»	1	1	»	1.67	1.67	»
Beaujon........	15	»	»	»	»	»	»	»
Lariboisière.....	59	1	»	1	1.69	»	1.69	»
Saint-Louis.....	86	1	»	1	1.16	»	1.16	»
Lourcine.......	»	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.......	54	3	4 (*b*)	7	5.56	7.40	12.96	»
TOTAL........	380	10	6	16	2.63	1.58	4.21	»
Mson d'Accouchement.	112	2	4	6	1.78	3.57	5.35	»
TOTAL GÉNÉRAL.	492	12	10	22	2.44	2.03	4.47	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	Accouchements.	Décès.	Mortalité p. 0/0
Accouchements effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de Bienfaisance...	916	»	»
Accouchements des femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la ville........................	218	2 (*c*)	0.91

(*a*) Service presque complètement fermé par suite de réparation.— (*b*) Cas d'infection purulente. — (*c*) Fièvres puerpérales.

(1) *Les décès à l'hôpital Cochin pendant le mois de* **Janvier** *doivent être ainsi répartis : Fièvres puerpérales,* 1; *autres causes,* 0. *Total,* 1 *décès, soit une moyenne de* 1.53 0/0 *pour les accouchements à l'hôpital.*

Décès des femmes non acccouhées à l'hôpital, 1 *décès.*

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Avril 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SYPHILIS COMMUNIQUÉE

par le doigt d'une sage-femme

A UN GRAND NOMBRE D'ACCOUCHÉES DE LA VILLE DE BRIVE, ET TRANSMISE AUX MARIS AINSI QU'AUX ENFANTS DE PLUSIEURS D'ENTRE ELLES, PENDANT LE COURS DE L'ANNÉE 1873.

Relation présentée à l'Academie de médecine (1),

Par le professeur Bardinet,
Directeur de l'Ecole de médecine de Limoges,
Membre correspondant de l'Académie, etc.

La ville de Brive a été, pendant le cours de l'année dernière. le théatre d'une émotion assez profonde, et malheureusement assez fondée dans une certaine mesure, pour qu'elle m'ait paru mériter d'avoir son retentissement jusque dans cette enceinte; là, mieux qu'ailleurs, elle échappera aux exagérations de la rumeur publique; elle sera l'objet d'une appréciation exacte et pourra devenir l'occasion d'un utile enseignement.

La santé générale était excellente les suites de couches en particulier étaient regulières et heureuses, quand on remarqua

(1) Séance du 14 avril 1874.

que certaines femmes, récemment couchées, éprouvaient des accidents d'une nature exceptionnelle; les enfants de plusieurs entre elles étaient gravement atteints; quelques-uns succombaient, certains maris étaient pris à leur tour et présentaient des symptômes semblables à ceux qui s'étaient développés chez leurs femmes.

A côté de ces accidents tout matériels, des conséquences d'un autre ordre devaient inévitablement se produire : le trouble se mettait dans les ménages; maris et femmes s'adressaient de mutuels reproches; des menaces de séparation se faisaient entendre.

Ces résultats étaient d'autant plus fâcheux que les familles atteintes, tout le monde à Brive s'accorde à le reconnaître, étaient de mœurs régulières et de la plus parfaite honorabilité.

Les faits que je signale, on le comprend, n'avaient pas été tout d'abord divulgués. Peu à peu, cependant, ils devinrent assez nombreux et assez graves pour que l'on dût invoquer l'intervention des médecins. Ceux-ci n'hésitèrent pas à dire nettement : les accidents pour lesquels on nous consulte sont des accidents de syphilis.

S'agissait-il de quelque chose d'analogue à ce qu'on a décrit sous le nom d'endémie, d'endémo-épidémie syphilitique? Oui ; et pourtant je ne pense pas qu'il y ait lieu d'employer de si grands mots.

Quoique le nombre des victimes ait été malheureusement très-considérable, on ne peut pas dire que la masse de la population, le δῆμος, fut sérieusement atteinte, ou même menacée. On n'avait pas à combattre une de ces maladies générales dont on ignore également et la nature et le remède.

Mais il était clair aussi que les accidents ne restaient pas circonscrits comme d'habitude ; ils avaient une marche insolite ; ils prenaient évidemment des proportions inusitées.

Quelle pouvait en être la cause? On avait bien vite remarqué que toutes les malades se trouvaient dans la clientèle d'une sage-femme ; et que, en dehors de cette clientèle, personne n'était atteint.

On savait aussi que, depuis de longs mois, cette sage-femme

avait un *doigt malade;* qu'elle s'était plainte, à différentes reprises, de céphalalgie et de souffrance générale ; elle faisait elle-même remarquer qu'elle avait perdu les cheveux et les sourcils.

Les rapports de cause à effet s'établissaient d'eux-mêmes.

Le 29 janvier 1874, cinq maris déposaient entre les mains du Procureur de la République une plainte contre la sage-femme, accusant celle-ci d'avoir infecté de syphilis, avec son doigt malade, leurs femmes, leurs enfants et eux-mêmes.

Une instruction était immédiatement commencée et, le 2 février, le procureur de la République écrivait :

« Il y a 15 femmes infectées, 9 maris ; 10 enfants, dont trois morts. »

Il ajoutait : « Ce n'est là qu'une faible partie du mal produit, et le bilan qui indiquerait la situation exacte et le nombre complet des victimes serait long à dresser ; mais beaucoup de personnes, pour échapper à la honte, préfèrent garder le silence. »

Le 24 février, M. le Procureur-général près la Cour d'appel de Limoges me communiquait la procédure ; me demandait d'aller à Brive pour constater l'état des personnes atteintes et donner ensuite mon avis sur cette delicate affaire.

Je remplis ma mission et je deposai entre les mains de la Justice un rapport sommaire, lui permettant d'arriver, en connaissance de cause au résultat pratique qu'elle était chargée de poursuivre.

Le 28 mars 1874, le Tribunal de Brive rendait un jugement par suite duquel la sage-femme L...., prévenue du triple délit d'homicide par imprudence, de coups et blessures involontaires, et d'exercice illégal de la médecine, était condamnée à deux ans de prison et à 50 francs d'amende.

Si tout est fini devant la justice, il n'en est pas de même au point de vue médical, et je dois traiter, avec les développements qu'elles comportent, les nombreuses et graves questions que soulève cette affaire.

Ce n'est pas une tâche facile. D'une part, je ne dois pas me borner à des assertions ; il me faut fournir des preuves, et, pour cela, multiplier les citations et les détails. De ces détails, quelques-uns seulement sont établis par mon observation per-

sonnelle ; d'autres sont affirmés par des médecins parfaitement dignes de foi; le plus grand nombre résultent simplement de dépositions ordinaires, et ne sauraient dès lors avoir, au point de vue scientifique, toute la précision désirable. Mais on voudra bien remarquer que, dans mon récit, il n'y a pas seulement les détails; il y a l'ensemble, la filiation des faits, qui sont la grande affaire et dominent évidemment tout le reste. Aussi, malgré une insuffisance partielle, que je ne veux pas nier, et dont on ne me fera pas un reproche, il me paraît incontestable qu'une démonstration rigoureuse est maintenant établie. J'aurai seulement le regret de ne pouvoir la formuler brièvement. C'est une véritable relation que je dois présenter, et une relation ne vaut que par les détails. Qu'on me pardonne donc quelques longueurs inévitables dans un travail de ce genre.

Voici l'ordre dans lequel je crois devoir présenter les faits :

1° La sage femme L.... éprouve au médius de la main droite un accident local, qui ne dure pas moins d'une année.

2° Quelques temps après, elle présente les symptômes d'une syphilis en voie de généralisation : affaiblissement, douleurs rhumatoïdes, chute des cheveux et des sourcils.

Mêmes accidents chez son mari.

3° Vient ensuite le tour des femmes qu'elle accouche; la plupart d'entre elles perdent leurs cheveux, comme la sage-femme, et éprouvent des accidents secondaires que je puis personnellement constater.

Leurs maris, quand ils ne s'abstiennent pas de tout rapport intime sont atteints.

Les nouveau-nés le sont aussi; plusieurs d'entre eux succombent. On peut, en somme, évaluer à plus de 100 le nombre des personnes atteintes.

Maintenant que l'ensemble des faits et leur ordre de sucession se trouvent bien établis, entrons dans les détails.

I.

C'est la sage-femme L..., qui fixe elle-même l'origine de son mal au doigt. « Dans la nuit du 18 au 19 février (1873), dit-elle,

étant alors chez M. Fraysse de la Grange, je me piquai au doigt avec une épine »; elle reconnait « *qu'il lui vint du mal;* » mais elle ajoute que c'était un simple bobo. Immédiatement après, il est vrai, elle avoue « qu'elle n'est pas encore entièrement guérie; quand je serre ce doigt, dit-elle, j'éprouve de la douleur, » et c'est le 14 février 1874, qu'elle fait cette déclaration.: il y a juste un an que la piqûre initiale a eu lieu.

Le fait d'un mal au doigt d'une longueur exceptionnelle est donc bien établi. C'est sur le bord de l'ongle du médius droit, dans la rainure et au voisinage de l'index, que ce mal s'était établi.

Y eut-il là longtemps une simple blessure? la sage-femme L... prit-elle, par les voies ordinaires, une syphilis qui fit naître sur ce point un accident secondaire? ne contracta-t-elle pas, plutôt, directement et par le toucher, un accident primitif qui se développa au niveau de la piqûre et y devint la cause des nombreuses infections ultérieures que nous aurons à signaler?

Nous ne pouvons rien affirmer *de visu*; mais tout nous porte à croire qu'il y a eu véritablement là un accident primitif, qui a présenté des alternatives d'amélioration et d'aggravation, mais qui en somme a duré fort longtemps, avec des propriétés contagieuses.

Les témoignages qui établissent la permanence de ce mal abondent dans l'instruction.

Dès le 28 février 1873, c'est-à-dire quinze jours après l'époque signalée par Mme L..., au début de son mal, Adèle O..., femme L..., dépose: « Je remarquai fort bien à son arrivée, qu'elle avait un doigt plié. Elle le déplia sous mes yeux, et moi-même, les douleurs n'étant pas encore très-fortes, je lui aidai à le panser. Le doigt était dans le plus mauvais état. C'est au bout qu'était le mal. »

Le 6 mars 1873, Marie B..., femme F..., dépose: « La sage-femme me présenta son doigt tout déplié. C'était le doigt du milieu de la main droite. — Dans quel état se trouve votre doigt? — Ne m'en parlez pas: « c'est un panaris noir » (*sic*), je l'ai brulé trois ou quatre fois sans pouvoir le guérir » (j'établirai plus tard qu'il n'y a pas eu de panaris).

Elle dit à la veuve P. : « J'ai grand mal à un doigt. »

A la femme M..., : « J'ai eu un panaris qui m'a fait bien souffrir. »

Le 28 juin, Marie B..., remarque que Mme L..., a le doigt du milieu de la main droite malade.

Le 28 juin, dit la femme L..., « elle avait mal à un doigt qui était plié. Elle le déplia en disant qu'elle pourrait se servir de la main gauche; en fait elle n'employa que la droite, et, comme je me plaignais, pendant les douleurs : « Courage, Victorine, me disait-elle, en faisant allusion à son doigt : *je souffre plus que vous!* »

Je pourrais multiplier les témoignages de ce genre s'il y avait quelque avantage à le faire.

Pour les combattre, Mme L..., a dit qu'elle avait montré son doigt à un médecin et que celui-ci ne lui avait pas dit qu'elle eût un mauvais mal.

Mais le médecin dépose qu'il a été consulté par Mme L..., un jour qu'il passait *sur le boulevard*. On sait ce que signifient ces consultations en plein vent. Il n'avait alors aucune raison de de penser à une maladie suspecte. Mme L... lui dit que son doigt avait été plusieurs fois cautérisé. Il lui conseilla de continuer, sans attacher d'importance à cet avis donné en passant, et qui ne faisait que confirmer un traitement déjà mis en usage. Plus tard il eut occasion de voir des malades de Mme L..., et affirma de la manière la plus formelle la nature syphilitique de leur mal. Sa déposition en fait foi, et il me l'a nettement déclaré.

Le 13 mars dernier, j'ai vu Mme L..., elle paraissait à peu près complètement guérie, ce qui s'explique par le temps écoulé depuis le début des accidents (13 mois) et par le traitement dont elle a pu faire usage. Les cheveux ne tombaient plus, ils repoussaient au contraire, on en voyait beaucoup de nouveaux et de courts.

La plaie du doigt est cicatrisée; mais je constate avec le plus grand soin qu'il n'existe d'altération ni aux os, ni aux tendons, ce qui écarte l'idée « du panaris noir. » Tout s'est passé à la peau, comme dans les ulcérations syphilitiques.

L'ongle est desséché, du côté qui avoisine l'index, bosselé,

déformé à moitié de sa longueur, ce qui indique l'existence d'une lésion persistante. Je le fais observer à la femme L..., qui me répond : c'est le résultat d'une morsure qui m'a été faite, il y a des années, par une malade atteinte de convulsions. C'est la première fois qu'il est question d'un pareil accident. Il est trop manifestement inventé pour les besoins de la cause. Ne serait-ce pas d'ailleurs une étrange coïncidence que celle qui fait tomber cette ancienne morsure et la nouvelle ulcération, juste sur le même point ?

II.

La femme L... ne devait pas rester longtemps avec un simple mal au doigt.

Bientôt après, elle éprouvait un affaiblissement général, des douleurs rhumatoïdes, ce qu'elle appelait sa névralgie. Elle perdait les cheveux et les sourcils.

Les témoignages abondent à cet égard ; mais il n'est aucun besoin d'en chercher d'étrangers. C'est la femme L... elle-même qui fait les honneurs de sa maladie à tout venant, avec un laisser-aller qui témoigne à coup sûr d'une grande légèreté, mais qui peut aussi prouver, je le reconnais, qu'elle ne se sentait pas coupable quant à l'*origine* de son mal.

Dès le 6 mars 1873, elle disait à Marie B..., femme F..., en lui montrant sa tête : « J'en ai perdu, moi-même, les cheveux et les sourcils. C'est un mal qui est dans l'air. C'est une épidémie. »

Elle faisait même déclaration à la femme B..., après lui avoir dit : « Vous n'êtes pas aussi à plaindre que madame X.... et madame Z... et mon mari et moi-même, ajoutait-elle. Voyez, tout mes sourcils en sont tombés. »

Le 28 ou le 29 avril, dit Mme L..., je me rendis chez elle, pour la payer ; « elle était très-souffrante et ne bougeait pas. »

Le 28 juin, rapporte Julie P..., madame L.... se trouvant chez la femme M..., nous dit « qu'elle était *très-fatiguée*. Nous l'engageâmes à se mettre sur un lit à côté. Elle se borna à s'y asseoir et à s'y appuyer. Je demandai de quoi elle souffrait ; elle me dit que c'était d'une *névralgie*. Elle ajouta qu'elle avait *perdu tous ses*

cheveux ; puis, nous montrant ses joues : voyez comm *je suis toute pelée.* »

Le 23 août, Maria L... remarquait qu'elle avait perdu les sourcils et les cheveux. « Elle me le fit remarquer elle-même, ajoute-t-elle, au moment où je lui disais qu'elle paraissait avoir engraissé ; elle ajouta que cela avait été la suite d'une maladie qui lui avait coûté plus de 500 francs de perte. »

Les dépositions précédentes indiqueraient que la chute des cheveux et des sourcils, chez la femme L..., avait commencé dans les premiers jours de mars ; qu'elle était très-prononcée en juin, que, au mois d'août, l'état général commençait à s'améliorer.

Non-seulement Mme L... a éprouvé les accidents que nous venons de rapporter, mais son mari en a eu d'analogues, et à la même époque. C'est elle-même qui en a instruit les témoins.

La femme E... dépose, en effet : « la femme L... me dit que son mari en avait été atteint, au mois de *juin*, qu'il avait perdu les cheveux et la *plante des pieds.* »

Ce dernier accident est signalé par un autre témoin, la femme B...: « Mon mari lui-même, me dit Mme L... a perdu la *plante des pieds.* »

Ce qui précède me paraît établir d'une manière précise, et l mal au doigt de la femme L..., comme accident initial ; et la persistance exceptionnelle de ce mal, et le développement d'accidents généraux parmi lesquels il faut particulièrement signaler l'alopécie chez la femme L... et chez son mari.

Avant l'apparition de ces accidents, on n'avait observé à Brive rien d'analogue au mal que nous allons maintenant décrire ; ce mal ne s'est produit que dans la clientèle de la femme L... ; ajoutons que, à dater du 29 octobre, c'est-à-dire à une époque où le doigt de la femme L... pouvait être considéré comme en voie de guérison, aucun cas nouveau n'était signalé. — Le 21 novembre, elle accouchait la femme C .. de deux enfants « bien portants l'un et l'autre. » En décembre, en janvier, quoique la femme L... continuât l'exercice de sa profession, on ne signalait aucun nouveau cas. — Cette fameuse épidémie « qui était dans l'air » avait disparu.... avec le mal au doigt de la sage-femme.

III.

J'ai dit que 15 femmes figuraient au dossier, en voici l'indication avec les dates de leurs accouchements :

1.	Femme	L...	accouchée le	28 février.
2.	—	F...	—	6 mars.
3.	—	M...	—	15 id.
		Intervalle de trois mois et demi.		
4.	—	L...	accouchée le	28 juin.
5.	—	G...	—	6 juillet.
6.	—	E...	—	22 id.
7.	—	L...	—	25 id.
8.	—	B...	—	27 id.
9.	—	L...	—	23 août.
10.	—	B...	—	29 id.
11.	—	A...	—	2 septembre.
12.	—	T...	—	16 id.
13.	—	C...	—	18 id.
14.	—	G...	—	29 octobre.
15.	—	C... (Cas négatif).	—	21 novembre.

Le premier cas étant du 28 février, le dernier du 29 octobre, l'infection se serait exercée pendant une période de huit mois. Seulement, après les trois premiers cas, on remarque une suspension de trois mois et demi ; du 15 mars 28 juin, aucun cas nouveau n'est signalé.

A partir du 28 juin, il se produit, au contraire, une sorte de reprise ; on constate cinq cas nouveaux en un mois. Il y en a deux en août ; trois en septembre ; un seul à la fin d'octobre, et puis : rien. L'état normal se rétablit partout.

Le mal au doigt de la sage-femme L... a duré assez longtemps pour qu'on admette que, spontanément ou sous l'influence des remèdes, il a perdu toute virulence.

La sage-femme L... continue d'exercer en novembre et janvier 1874 ; aucune des femmes qu'elle accouche pendant ces trois mois n'éprouve d'accidents. Le développement habituel de la

syphilis fait trouver tout naturel qu'il en arrive ainsi. Les plaies les plus infectieuses ne le sont pas d'une manière indéfinie. Leur virulen cene dure qu'un temps. Onpeut dire que celle de la sage-femme L... a dépassé la moyenne. M. Bassereau dit, en effet, que dans ses observations la durée du chancre varie de un à cinq mois; mais il n'y a là rien d'absolu, et ce ne saurait être matière à difficulté. On sait que le chancre peut se transformer sur place en une véritable plaque muqueuse « qui conserve fort longtemps sa spécificité virulente » et que cette plaque muqueuse « peut se *produire* et se *reproduire*, — sous l'influence d'une irritation locale, comme dans la bouche des fumeurs, — et *récidiver* sur place bien au delà du terme de sa durée ordinaire. » Cette *irritation locale* n'a pas manqué au doigt toujours actif de la sage-femme et explique sa longue virulence. Aujourd'hui que celle-ci est éteinte, il ne s'élève plus de réclamations nulle part; ni dans la clientèle de Mme L..., ni dans celles des médecins ou des autres sages-femmes. Ai-je besoin d'insister sur la signification d'une pareille coïncidence?

On a remarqué que, pendant trois mois et demi, — du 15 mars au 28 juin, — aucune femme n'avait été atteinte. Ce fait est évidemment susceptible de plusieurs interprétations. D'une part, il est possible que, spontanément ou sous l'influence des remèdes, de la pommade au calomel et des cautérisations en particulier, le mal ait éprouvé une amélioration passagère et momentanément perdu sa virulence; d'autre part, il se peut encore que les femmes atteintes appartiennent au groupe de celles qui ont jugé prudent de garder le silence; groupe nombreux si l'on s'en rapporte aux déclarations mêmes de la femme L.... : « *Toutes les femmes que j'ai accouchées* depuis quelque temps, disait-elles à J... L..., sont dans le même état. Elles sont au nombre de plus de 50. Je regrette de n'avoir pas inscrit leurs noms sur mon calepin. »

A quelle époque ont débuté les accidents chez les femmes atteintes? — Toutes ne se sont pas expliquées sur ce point; mais il est intéressant de remarquer la véritable concordance qui s'établit entre leurs désignations. Presque toutes déclarent que c'est un ou deux mois après l'accouchement. Si elles n'avaient

pas été sincères on remarquerait certainement un écart plus considérable entre leurs déclarations.

Voici d'ailleurs les dates indiquées par chacune d'elles :

Femme	L... (n° 1)	2 mois 1/2.
—	F... (n° 2)	2 mois.
—	M... (n° 3)	2 mois.
—	L... (n° 4)	(moins de) 2 mois.
—	G... (n° 5)	3 mois.
—	E... (n° 6)	2 mois.
—	L... (n° 9)	1 mois.
—	T... (n° 12)	1 mois.
—	C... (n° 13)	1 mois.
—	G... (n° 14)	2 mois 1/2.

On voit que la femme G... (n° 5) est la seule qui retarde l'éruption jusqu'à 3 mois. La femme E... (n° 6) l'avait au contraire avancée ; mais son mari maintient, en précisant, que c'est bien à deux mois qu'elle a eu lieu. Un à deux mois reste donc la moyenne générale (1).

Etablissons, maintenant, que ces femmes ont déclaré pour leurs enfants (nous reviendrons sur ce point) une éruption beaucoup plus précoce : huit et surtout quinze jours. Cette différence constate un écart trop considérable pour n'avoir pas une base réelle. Il convient cependant de remarquer que l'observation des femmes et des enfants n'a pas lieu dans les mêmes conditions. — Chez la femme, l'accident primitif, caché dans les profondeurs des parties génitales tuméfiées encore par le fait d'une parturition récente, a dû nécessairement échapper, je ne dis pas à une exploration scientifique, mais à une observation vulgaire. Chez les enfants, — chez ceux du moins qui peuvent avoir été infectés par l'action du doigt malade sur

(1) Seulement il est une observation que l'on ne peut omettre et avec laquelle il faut compter : il est clair que, en parlant du début de leur mal, la plupart des malades, sinon toutes, ont désigné le moment où les accidents secondaires ont fait éruption, et se sont pour ainsi dire imposés à leur attention ; elles ont parfaitement pu méconnaître l'accident primitif et ne pas constater le moment de son apparition. Le vrai début des accidents extérieurs devrait donc être rapporté plus près du moment où l'infection a eu lieu, c'est-à-dire de l'accouchement.

le cuir chevelu, — tout se passant au dehors, une cons[illegible] immédiate a dû être facile.

IV.

Voyons maintenant en quoi consistent les accidents ép[illegible] par les femmes malades, et l'ordre dans lequel ils se sont [illegible]loppés.

Le plus souvent, pendant les premiers jours ou les pre[illegible] semaines qui ont suivi l'accouchement, il ne s'est rien p[illegible] d'anormal. Quelques femmes seulement ont éprouvé, d[illegible] bonne heure, de la cuisson dans les parties.

Dès la fin du premier mois, le plus habituellement p[illegible] le deuxième, quelquefois pendant le troisième, il se fa[illegible] éruption plus ou moins considérable « de gros boutons. [illegible]tules » qui débute ordinairement aux parties génitale[illegible] s'étendre de là à la tête, à la bouche, aux seins, à l'an[illegible] tout le reste du corps. Il se produit ensuite un état général [illegible]térisé par une lassitude extrême, des névralgies, des ma[illegible] tête, des douleurs articulaires; la paume des mains, la [illegible] des pieds sont atteintes et se dépouillent ; *chez presque t[illegible] malades les cheveux tombent ;* chez quelques-unes il en [illegible] même des sourcils. Cette chute n'est que momentan[illegible] bout de quelques mois, on voit très-manifestement les ch[illegible] repousser.

Les maris qui ont des rapports avec leurs femmes épr[illegible] des accidents tout semblables à ceux que nous venons [illegible]quer.

Il en est de même des enfants ; quatre d'entre eux su[illegible]bent.

Voici ce que racontent les malades. Ce récit, tout inc[illegible] qu'il est, suffirait à établir la nature syphilitique du mal[illegible] il ne tarde pas à s'y joindre une opinion plus sérieuse [illegible] des médecins du pays qui n'hésitent pas à reconnaître [illegible] syphilis et à prescrire contre elle un traitement mercuri[illegible]

Je vais moi-même à Brive, le 13 mars 1874 ; je visite [illegible] cabinet du juge d'instruction, vingt et quelques malades

constate l'existence d'accidents secondaires nombreux et de la nature la moins contestable, des plaques muqueuses en grande quantité, à l'intérieur de la bouche, à l'anus, sur les seins; des tubercules durs sur le cuir chevelu, des adénites indurées, des traces de psoriasis palmaire, des ulcérations larges, multiples, arrondies, sur l'aréole du sein; je constate surtout, sur une douzaine au moins de malades, cette *chute des cheveux* qui joue un si grand rôle dans les dépositions.

On n'a rien exagéré. Cette chute des cheveux est très-réelle et très-facile à contaster, chez les malades qui l'accusent. Non-seulement on voit à première vue, sur le cuir chevelu, de larges plaques dénudées, mais on remarque très-facilement de nouveaux cheveux encore courts, et à un degré plus ou moins avancé de croissance. Chez quelques malades le cuir chevelu est net; chez d'autres on voit qu'il a été le siége d'une éruption plus ou moins confluente, ayant laissé des taches rouges après elle. Sur quelques têtes il reste encore des tubercules durs et saillants.

Plusieurs femmes parlent avec amertume et en termes imagés d'une lésion qui leur a été particulièrement pénible. Quelques citations auront l'avantage de substituer à une description banale une sorte de tableau expressif.

« Il me fallait de *grands bonnets* autrefois pour contenir tous mes cheveux, dit la femme L... je n'en ai plus besoin aujourd'hui.»

« Il m'est tombé tant de cheveux, dit la femme M..., que j'en ai gardé *plein un grand panier.*» Gardez-les toujours, lui dis-je, pour les montrer au besoin.

« J'avais les plus longs cheveux de Brive, dit la femme E..., je *m'asseyais dessus.* »

Chez la sage-femme L..., notons seulement un détail relatif aux sourcils : leur chute a été d'autant plus remarquée, elle nous le dit elle-même, qu'elle les avait, avant la maladie, très-fournis et très-prononcés.

Je crois inutile de discuter la nature et la signification de cette alopécie, l'essentiel était de la bien constater. Dans les circonstances particulières où elle s'est produite, elle est évidemment l'un des premiers symptômes d'une syphilis en voie de généralisation. Ajoutons que, bien supérieure en cela à d'autres lésions de

forme vague et de nature contestable, elle a l'avantage, dans le cas actuel, d'être véritablement pathognomonique et de pouvoir à elle seule permettre de classer un malade parmi ceux qui ont été atteints de syphilis.

Comme presque toutes les alopécies qui surviennent dans des conditions de ce genre, elle n'est pas définitive. Sur presque tous les malades elle est en voie de réparation, aucun d'eux n'est encore revenu a son état normal, les cheveux sont rares et les plaques dénudées sont nombreuses; mais sur tous on voit de nouveaux cheveux, et on comprend qu'on peut compter sur une guérison plus ou moins complète et rapprochée.

V.

Si nous voulions aborder maintenant une question bien intéressante, et faire ce que l'on a appelé des confrontations, nous devrions signaler une similitude frappante entre les accidents éprouvés par la sage-femme, L... et ceux qui se sont produits chez ses femmes en couches. Nous n'avons à signaler, ni d'un côté ni de l'autre, aucun fait de *blennorrhagie,* aucun fait de *bubôn* succédant à un chancre. Ces deux formes de maladies vénériennes ne se sont pas montrées. Nous restons en présence d'une syphilis proprement dite, suivant les périodes ordinaires de son évolution. Les accidents de début n'ont pu être le sujet d'une observation directe; et j'ai soin de me tenir à leur sujet dans la réserve dont les circonstances m'ont imposé la loi.

Les accidents secondaires et leur évolution ont été constatés, au contraire, d'une manière précise. Parmi eux se détache, en première ligne, cette alopécie qui joue un si grand rôle dans les verbiages de la sage-femme; qui, après elle, atteint son mari, et qui se retrouve ensuite si nettement accusée chez presque toutes les autres malades.

Quant aux accidents tertiaires, leur heure n'est pas encore venue, ils restent à l'état de point noir, pour un avenir plus ou moins éloigné. Espérons que le traitement méthodique auquel se soumettent les malades éloignera tout désastre : nous sommes résolûment de ceux qui croient à l'utilité de la défense.

VI.

Après avoir raconté l'histoire des femmes, il nous faut bien faire en quelques mots celle des maris et des enfants.

Je ne vois qu'un cas dans lequel la femme a été atteinte *seule*, c'est celui de la femme G... (n° 5). Son mari et son enfant sont restés indemnes. Dans l'observation C... (n° 15), la dernière de notre liste, personne n'est atteint. Mais ce résultat s'explique tout naturellement, l'accouchement a eu lieu le 21 novembre, c'est-à-dire à une époque où le doigt de la sage femme L... avait perdu toute propriété contagieuse, la période d'infection étant arrivée à son terme. Dans les 13 autres cas, le mari ou l'enfant et quelquefois l'un et l'autre ont partagé la maladie de la mère. Je trouve 8 maris atteints; 9 enfants, dont 4 morts.

Les maris qui ont échappé à la contagion sont au nombre de sept. Cette immunité paraît s'expliquer par une absence de rapports sexuels, soit volontaire, soit imposée par les circonstances.

La femme G..., par exemple (n° 5), est restée pendant trois mois après les couches dans un état maladif, elle quittait à peine la chambre.

B... (n° 8) a reçu de la sage-femme L... un avis salutaire. « Prenez garde, lui a-t-elle dit, vous pourriez l'attraper ! »

La femme F... (n° 2) avait éprouvé de très-vives douleurs aux parties. Elle craignait une descente de matrice, elle alla visiter la sage-femme L... « Après m'avoir examinée, dit-elle, elle me répondit d'un ton qui me fit comprendre qu'il y avait quelque chose de sérieux. — Est-ce que votre mari n'a pas eu quelque maladie? — Je lui répondis que non. — Elle posa la même question à mon mari. Il lui répondit que jamais de sa vie il n'avait eu le moindre mal; « au surplus, ajouta-t-il en souriant, je vous permets de me visiter ! »

Parmi les huit maris atteints, j'ai pu constater personnellement que plusieurs l'avaient été de la manière la plus grave et présentaient encore, le 13 mars, au moment de ma visite, les accidents secondaires les mieux caractérisés : plaques mu-

queuses, ulcérations à l'anus et à la verge, indurations ganglionnaires, tubercules durs à la tête. Trois d'entre eux, L... (nº 1), M.. (nº 3), et L.. (nº 7) ont perdu les cheveux. L... (nº 1) a perdu en même temps les sourcils. Les cheveux de M. M... (nº 3) recommencent à pousser.

Chez tout ces malades les accidents paraissent bien véritablement avoir débuté par la femme et ne s'être étendus que consécutivement au mari. Dans le ménage T... (nº 12), par exemple, l'accouchement a lieu le 16 septembre; la femme est atteinte un mois après, fin octobre; le mari l'est en décembre, c'est-à-dire deux mois plus tard.

VII.

Quand on étudie ce qui est arrivé aux enfants des 15 femmes qui figurent sur notre liste, on voit que 6 d'entre eux seulement ont échappé à toute maladie, et le plus souvent leur immunité s'explique par quelque circonstance particulière.

L'enfant C... (nº 15), par exemple, est né à une époque où le doigt de la sage-femme L... avait perdu ses propriétés contagieuses; ni sa mère ni lui n'ont été malades. Un autre a été atteint d'un abcès à la bouche, de nature douteuse. Un troisième et un quatrième ont été éloignés de leurs mères, et allaités par des nourrices. Il manque de détails sur l'enfant T... (nº 12). La femme M... (nº 3), est la seule qui vienne dire nettement : « Mon enfant n'a pas été atteint! »

Ces 6 enfants déduits, il en reste 9 qui ont éprouvé des accidents de syphilis. Je les divise en deux groupes.

Le premier comprend les 4 enfants L... (nº 1), F... (nº 2), L... (nº 9), et C... (nº 13). Trois d'entre eux ont été vus par MM. les docteurs Verlhac, Bosche et Massénat, qui ont constaté la nature syphilitique de leur affection.

Le deuxième comprend 5 enfants qui sont morts. Mais il convient d'en déduire l'enfant G... (nº 14), dont le décès, survenu quarante-huit heures après l'accouchement, ne peut être mis au compte de la syphilis. Restent comme ayant succombé les 4 enfants L... (nº 7), B... (nº 8), A... (nº 11) et B... (nº 10).

Or, en étudiant, chez les 9 enfants qui ont été atteints, l'époque où s'est produite l'éruption, j'ai été frappé d'une différence considérable. Chez les uns, elle a été tardive; chez les autres, elle a été précoce. Il en résulte deux groupes qui me paraissent devoir être distingués et examinés séparément.

Quand l'enfant est atteint tardivement, on peut considérer qu'il a contracté la maladie de la mère. Voici la femme L. (n°1), par exemple, qui accouche le 28 février 1873; 2 mois et demi après, elle éprouve des accidents secondaires. Son enfant n'est atteint qu'à la fin de juillet, c'est-à-dire 5 mois après l'accouchement. La priorité bien établie des accidents chez la mère autorise à penser que ceux de l'enfant n'en sont qu'une conséquence. Au mois de mars 1874, je constatais encore une gerçure au sein de la mère ; 2 petites plaques muqueuses, l'une au bout de la langue, l'autre derrière la lèvre inférieure de l'enfant.

S'il est fréquent de voir la syphilis s'étendre de la mère à l'enfant, ne peut-on pas admettre que dans certains cas la réciproque ait lieu, et que la mère soit infectée par l'enfant? La femme B... (n° 10) ne paraît pas avoir été atteinte directement. Vers le 15e jour après ses couches, elle a bien éprouvé des douleurs intérieures, mais «cela a peu duré» et son mari n'a rion éprouvé du tout.

15 jours ou 3 semaines après sa naissance, la petite fille a été atteinte d'une éruption qui s'est généralisée. « Le mal, dit la mère, se porta au menton et à la gorge, *comme je donnais à téter* à mon enfant, et que son menton couvert de croûtes me touchait le sein, *je fus atteinte du même mal à cet endroit.* »

Veut-on un autre exemple? L'enfant B... (n° 8) est pris, 15 jours après sa naissance, d'une éruption de pustules qui s'étendent aux parties, à *la tête, au-dessous de la lèvre inférieure.*

Cet enfant meurt au bout de *trois mois.*

« Peu de jours *après le décès* de ma petite fille, dit le mari (huit jours, dit la mère), ces pustules et ces boutons se manifestèrent aux *deux seins de ma femme,* à la tête, aux parties. »

Je constate, le 13 mars, qu'il existe, sur l'aréole de chaque sein, 2 plaques arrondies, sèches, rougeâtres, ayant, me dit-on, suppuré deux mois.

Il y a des plaques muqueuses dans la bouche. Les cheveux sont tombés en grande quantité, laissant après eux de larges plaques vides.

Je n'insiste pas sur les faits de ce genre, et je passe à une question plus complexe.

VIII

Comment la syphilis s'est-elle développée chez les enfants? Leur est-elle toujours arrivée secondairement, après avoir passé par la mère? Ne leur a-t-elle pas été transmise directement, dans certains cas, par le doigt de la sage-femme?

Cette dernière hypothèse mérite qu'on ne la repousse pas à la légère. Il existe, en effet, certains cas où les accidents secondaires se sont produits avec une précocité remarquable.

L'enfant A... (n° 11) a été atteint 8 jours après sa naissance.
— B... (n° 10) — 15 —
— B... (n° 8) — 15 —
— L... (n° 7) — 15 —
— L... (n° 9) — 15 —

C'est une éruption incomparablement plus prompte que chez les autres enfants qui ne sont atteints que plusieurs mois après la naissance, 5 mois par exemple comme l'enfant L... (n° 1).

Elle est plus prompte aussi que chez les mères, qui ne sont atteintes que 1, 2 ou 3 mois après l'accouchement.

Il y a donc lieu de se demander si ces éruptions précoces ne tiennent pas à une circonstance particulière, et ne doivent pas constituer un groupe spécial, comprenant les cas dans lesquels l'enfant a été directement contaminé, pendant le travail de l'accouchement?

Comment expliquer ces éruptions précoces, — au 15e jour après la naissance, — si l'on veut qu'une double transmission syphilitique ait eu lieu : de la sage-femme à la mère d'abord; de la mère à l'enfant ensuite? Il est évident qu'on se meut dans des limites d'une étroitesse extrême, ou plutôt, disons-le, d'une véritable insuffisance. A moins de supprimer toute période d'incubation, force est bien, pour expliquer ces évolutions rapides, d'accepter

le système le plus simple et le plus direct, c'est-à-dire, l'infection de l'enfant par la sage-femme, pendant le travail de l'accouchement.

Mais comment cette infection peut-elle avoir lieu? Au terme de l'accouchement, quand la dilatation est complète, — quand la poche des eaux est rompue et le cuir chevelu à découvert, — le doigt de la sage-femme, qui suit les progrès du travail, se promène et appuie tout aussi bien sur l'enfant que sur la mère. Pourquoi la syphilis ne s'inoculerait-elle pas sur l'un aussi bien que sur l'autre?

Remarquons qu'il s'agit ici d'une contact bien autrement prolongé que dans les rapports sexuels, et même dans l'allaitement. « Le jour de mes couches, dit la femme A... (n° 11), *le doigt de Mme L... ne sortit pour ainsi dire pas de mon corps, depuis 9 heures du soir jusqu'à 3 heures du matin !* »

Y a-t-il lieu de s'arrêter à ce fait que le doigt malade était le médius et non l'index? — Je fais observer que les doigts se trouvant, à chaque minute, en contact, le pus virulent de l'un peut bien facilement s'étendre à l'autre; j'ajoute que, vers la fin de l'accouchement, quand la tête est au périnée, quand la vulve s'écarte, les deux doigts se promènent sur le cuir chevelu, aussi souvent peut-être que l'index isolé !

IX.

Je voudrais raconter bien simplement les faits et éviter tout ce qui peut être controverse ou discussion théorique. Mais il n'est pas de proposition qui n'ait ses conséquences.

Les éruptions précoces nous ayant paru sérieusement établies, nous avons été conduit à discuter l'infection directe de l'enfant par la sage-femme.

Et maintenant nous nous trouvons amené à nous poser cette question : Si l'enfant a pu être directement infecté par le doigt de la sage-femme se promenant, pendant un temps plus ou moins long, sur son cuir chevelu, les premiers accidents n'ont-ils pas dû se développer *à sa tête*?

Je n'ai vu aucun enfant, et je ne puis affirmer que les choses

se soient passées de cette manière ; je dois faire observer, cependant, que les dépositions des mères peuvent parfaitement laisser admettre qu'il en a été ainsi.

Je remarque, en effet, que trois d'entre elles signalent, — sans y attacher autrement d'importance, — la tête de leur enfant comme la première ou l'une des premières parties de son corps qui aient été atteintes.

Quinze jours après la naissance, dit la femme L...(n° 9), il survient des rougeurs aux fesses et de *très-gros boutons sur la tête.* Ils disparaissent d'eux-mêmes et se portent ensuite sur la langue.»

« Au bout de quinze jours ou trois semaines, dit la femme B... (n° 10) des boutons en grand nombre se manifestèrent *à la tête* de la petite fille, et un peu plus tard, aux cuisses et au bas-ventre. »

« Au bout de quinze jours au plus, dit la femme B... (n° 8), la petite fille fut couverte aux parties sexuelles, *à la tête*, et au-dessous de la lèvre inférieure, de pustules affreuses. »

Voici donc trois enfants chez lesquels coexiste ce double fait : 1° l'éruption s'est développée chez eux de très-bonne heure, vers le quinzième jour environ ; ils appartiennent, dès lors, à la catégorie des enfants que le doigt de la sage-femme aurait directement infectés ; 2° il se trouve établi, sans intention assurément, par le récit de leur mère que, chez ces enfants, *la tête* a été la première ou l'une des premières parties atteintes. Cette coïncidence méritait d'être signalée.

Comment ne pas faire observer, enfin, que les quatre enfants qui sont morts appartiennent précisément à la catégorie de ceux que la précocité de l'éruption désigne comme pouvant avoir été directement infectés par le doigt de la sage-femme.

La syphilis ainsi donnée aux enfants, d'une manière immédiate, et sans intermédiaire, serait-elle plus grave que celle qui ne leur arrive qu'après avoir traversé l'organisme maternel ?

X.

Si nous jetons, maintenant, un coup d'œil d'ensemble sur les faits dont nous venons d'étudier les détails, il nous sera facile d'en apprécier la gravité.

Nous avons reconnu que 14 femmes avaient été atteintes de syphilis; mais, autour d'elles, viennent se grouper 8 maris, 9 enfants. C'est donc 17 à ajouter à 14; au total : 31. Le nombre des femmes primitivement atteintes est, on le voit, plus que doublé par celui des maris et des enfants qui deviennent malades après elles.

Les 15 femmes signalées par l'instruction sont loin de représenter toutes celles qui ont été infectées. J'en connais personnellement, quatre au moins en dehors d'elles; le Procureur de la République constate que le nombre de celles qui gardent le silence par crainte du scandale est très-considérable. Les déclarations de la sage-femme L...elle-même nous mèneraient très-loin, Dès le mois de juin, elle dit à la femme Lac... (n° 4) « J'ai vu plus de 20 cas pareils. » A la femme Mas....... elle en cite un nombre qui paraît à celle-ci prodigieux; à la femme L...(n° 7) elle dit : « *plus de 50 femmes* de ma clientèle ont été atteintes. »

Si l'on acceptait ce chiffre jeté, je le reconnais, au hasard, mais ne s'éloignant probablement que très-peu de la vérité, et que l'on y joignît, dans la proportion indiquée plus haut, les maris et les enfants, on élèverait à plus de 100 le nombre des personnes infectées.

Quatre enfants ont succombé, plusieurs autres sont encore malades.

Parmi les femmes et les maris, beaucoup éprouvent des accidents secondaires de la nature la plus grave et qui nécessitent encore un traitement prolongé; toutes ont en prespective la triste éventualité des accidents tertiaires; que leur réserve l'avenir? et comment leur constitution générale supportera-t-elle cette épreuve? Quel sera l'état des pauvres enfants qui peuvent naître dans ces fâcheuses conditions? La population s'est émue de tous ces sujets d'inquiétude; qui oserait lui dire, en dehors de la sage-femme L...: « Ce n'est rien. »

Au point de vue moral, que de troubles, que de scènes pénibles, que d'humiliations imméritées dans d'honnêtes familles! Au moment de quitter Brive, je reçus la visite d'un de mes confrères, M. Pomarel, qui m'avait paru se tenir systématiquement en dehors de l'affaire. C'est une homme intelligent, à l'esprit

libre et net, accoutumé à penser par lui-même et à ne sacrifier que très-modérément à l'opinion commune.

Quel est votre avis, me dit-il, sur tout ce que vous venez de voir ? Je lui racontai sommairement ce que j'avais constaté, et l'interprétation que je croyais devoir en faire.

— Vous avez raison, me dit-il, c'est bien de la syphilis. Voilà ce qui m'est arrivé :

J'ai dans ma clientèle une des maisons les plus honorables du pays. Ce sont des gens à mœurs sévères, d'une austérité religieuse, et sur lesquels aucun soupçon ne saurait avoir prise ; malheureusement, la sage-femme L... avait passé par là !

On m'appelle..., et je me trouve en présence d'une de ces syphilis manifestes sur la nature desquelles il n'y a pas à contester.

Que faire ? Je n'oserai jamais, dans une pareille maison, prononcer le nom de syphilis. Il y avait cependant urgence, et il fallait administrer immédiatement un traitement pratique.

Je cherchai un prétexte pour procurer moi-même les remèdes, et, sans avoir indiqué la nature du mal, je fis faire un traitement antisyphilitique. Mes observations ultérieures ont achevé de me prouver qu'il était des plus nécessaires.

Je dis à mon confrère qu'il avait fait acte, tout à la fois, de prudence et de résolution ; il avait eu du respect pour qui en méritait, et n'en avait pas moins combattu le mal par les moyens appropriés.

Que de faits analogues se sont passés dans le pays ! que de ménages divisés par des contestations de la nature la plus grave ; que de familles troublées dans leur sécurité et condamnées, pour un long avenir, à de cruelles inquiétudes sur le premier, sur le seul peut-être de leurs biens, la santé !

XI.

La responsabilité qui pèse sur la sage-femme L... est évidemment des plus lourdes, et ce n'est pas ici qu'on me blâmera d'insister sur ce point.

J'ai regardé comme un devoir de déclarer devant la Justice,

à titre de circonstance grandement atténuante, que, très-probablement, Mme L... avait été elle-même infectée, à la suite de sa piqûre au doigt, dans l'exercice de ses fonctions. Cette plaie du doigt qui dure si longtemps, que suivent de si près les accidents généraux de la syphilis, et qui est à un si haut degré contagieuse, présente tout le caractère d'un chancre contracté pendant le toucher.

J'ai demandé à Mme L... si elle avait quelques soupçons à cet égard, et elle m'a répondu négativement. En lui adressant ma question, je me suis empressé de lui faire observer que je ne demandais qu'une réponse *générale*. Le secret professionnel ai-je eu soin d'ajouter, ne vous permet de désigner personne.

Aucun nom n'a été prononcé, mais, en principe, n'est-ce pas une position douloureuse et digne d'intérêt que celle d'une accusée qui, condamnée à une peine sévère pour avoir transmis une maladie, n'a pas le droit de prouver qu'elle l'a contractée dans l'exercice de sa profession, et doit taire le nom de la personne qui l'a infectée elle-même?

Toute réserve faite, et en admettant qu'elle ait commencé par être victime, peut-on dire cependant que Mme L... se trouvait déchargée, de toute responsabilité, vis-à-vis de ses malades? Peut-on dire qu'elle les ait gouvernées avec l'attention et la prudence dont son état lui faisait un devoir? C'est véritablement là que se trouve la question.

Or, Mme L... s'est trouvée en présence de symptômes insolites, d'accidents graves... La plus vulgaire prudence lui commandait d'invoquer, pour elle-même et pour ses malades, le conseil de personnes compétentes.

Au lieu de cela, qu'a-t-elle fait? Elle a répété, à tout propos : «Ce n'est rien... c'est dans l'air... prenez ma pommade et, dans trois jours, tout sera dissipé. »

Un moment est venu où elle ne pouvait plus méconnaître l'évidence de la contagion. «Prenez garde, disait-elle à B...(n°8), vous pourriez l'attraper. » Elle faisait la même recommandation à E...(n° 6), mais tout aussitôt elle ajoutait : «N'en parlez pas aux médecins .. ils prendraient cela pour une maladie vénérienne... mais la forme n'est pas la même. » « Gardez-vous

bien surtout, disait-elle à d'autres, d'aller trouver des médecins... ils n'y connaissent rien... et vous donneront du mercure. »

En tenant cette conduite, en donnant ces conseils insensés, la sage-femme a évidemment fait acte de la plus coupable imprudence, et manqué à ses devoirs. Puisse la peine sévère dont elle a été frappée servir d'exemple à d'autres !

Au moment où je terminais ce récit, notre excellent collègue M. Bleynie, professeur d'accouchement à l'école de Limoges, me rappelait que, il y a quinze ou vingt ans, un fait analogue à celui de Brive se passait plus près de nous, dans l'arrondissement de Rochechouart.

Une sage-femme avait l'habitude, quand un nouveau-né perdait son cordon ombilical, de bien frictionner la petite plaie avec deux doigts imbibés de salive. Or la malheureuse était atteinte de syphilis. Un grand nombre de personnes furent infectées avant qu'on eût découvert la vraie cause du mal.

XII.

Les historiens de la syphilis, et, parmi eux, il n'est que juste de citer en première ligne M. Rollet, de Lyon, ont retrouvé, dans le passé, des faits analogues à celui que nous venons de rapporter. Certaines localités étaient envahies par un mal nouveau pour elles ; on ignorait sa nature ; on ne savait pas le combattre. Graduellement il atteignait toutes les classes de la population. Si, dans quelques cas heureux, il s'arrêtait de lui-même et finissait par s'éteindre, d'autres fois il s'implantait dans le pays, présentant des altérations d'une gravité exceptionnelle et frappant des générations de dépérissement.

Aujourd'hui, Dieu merci, les choses ne prennent pas une tournure si grave ; s'il se rencontre, par malheur, une matrone sans cervelle pour s'en aller, criant : « c'est dans l'air... prenez ma pommade et vous serez guéris... en trois jours ! » il se trouve aussi des médecins instruits, mon éminent et cher confrère M. Massénat en tête, pour s'écrier : «Assez de vaines paroles et de folles pratiques ; c'est à la syphilis que nous avons

affaire ; c'est elle, et elle seule que nous devons combattre! »

Et, la lumière faite, un traitement rationnel institué, tout se calme. Les pauvres petits qui ont payé le premier tribut restent les seules victimes. Les autres sont rappelés à la vie, à une bonne santé, les parents retrouvent leur bien-être et leurs forces, la tranquillité se fait dans le pays; la paix renaît dans les ménages... vous voyez bien que la médecine est bonne à quelque chose!

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ET EN PARTICULIER

DE LA GROSSESSE TUBAIRE,

Par le Dr Duguet,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin des hôpitaux.

A peine sortie du domaine des fables où son histoire avait été longtemps reléguée, la grossesse extra-utérine devint l'objet d'un certain nombre de travaux intéressants qu'il est inutile d'énumérer ici. L'analyse, à laquelle furent d'abord et tout naturellement soumis les divers faits relatés, conduisit à ce premier résultat, de multiplier outre mesure les variétés observées auxquelles on donna, bien entendu, autant de noms différents. Toutes ces divisions, établies par Velpeau, Dezeimeris, Cazeaux, Nægele, etc., éclairèrent sans doute cette importante question, mais en obscurcirent certains côtés. De nos jours, la synthèse, basée sur les données anatomiques et cliniques, permet de ne mettre en relief que deux grandes classes autour desquelles vient se grouper toute l'histoire des grossesses extra-utérines. Avec les professeurs Stoltz (1) et Depaul (2), on peut donc distinguer deux espèces de grossesses extra-utérines, selon

(1) Nouveau Diction. de méd. et de chir. pratiques, t. XVII, p. 108. Paris 1873.

(2) De la grossesse extra-utérine péritonéale, p. 8. Paris 1874.

que l'œuf s'est développé dans le trajet de la trompe ou en dehors d'elles : 1° la grossesse tubaire, 2° la grossesse abdominale ou péritonéale.

Ces deux classes, qui comprennent toutes les variétés connues, offrent dans leur étude de nombreux points de contact, mais aussi comportent des particularités propres à chacune d'elle. Mon intention n'est pas d'aborder ces différents points qui rentrent dans l'histoire générale des grossesses extra-utérines. Il ne manque certes pas de travaux spéciaux à ce sujet où nous voyons la science et la pratique se donner la main.

Mais, ayant eu l'occasion d'observer, il y a quelques années à l'Hôtel-Dieu, quand j'étais chef de clinique de mon maître et ami, M. Bucquoy, un cas de grossesse tubaire fort remarquable à plus d'un titre, j'ai pensé que la publication de ce fait avec les réflexions qu'il m'a suggérées, ne serait pas dépourvue de tout intérêt.

En effet, si l'on consulte les travaux les plus modernes qui ont trait à la grossesse extra-utérine, en particulier le savant travail de Goupil (1), et l'article plus récent de M. Stoltz (2), on verra que s'il règne une entente à peu près générale sur la fréquence, le siége, le mode de terminaison, et sur certains signes des grossesses extra-utérines, on est moins généralement d'accord sur les causes, le mécanisme, sur certaines dispositions anatomiques, sur quelques autres signes, et enfin sur les rapports que l'on peut établir entre la grossesse extra-utérine terminée par hémorrhagie interne et l'hématocèle péri-utérine.

Le fait que je rapporte, discuté dans ses principaux détails, me permettra de reprendre un à un quelques-uns de ces points, en ajoutant, je l'espère, quelque chose à leur histoire.

OBSERVATION.

Grossesse tubaire de trois mois et demi environ; métrorrhagies; expulsion d'une *caduque* utérine; hémorrhagies internes successives. Mort. Autopsie.

Elisabeth Weisb..., âgée de 27 ans, femme de ménage, entre à l'Hô-

(1) Bernutz et Goupil. Clinique médicale sur les maladies des femmes. Paris, 1860, p. 509.

(2) Loco citato.

tel-Dieu, le 3 décembre 1867, salle Saint-Antoine, service de clinique (M. Bucquoy, professeur suppléant).

Elle comprend et parle mal le français, et ne peut donner sur ses antécédents que les renseignements suivants :

Née dans la Moselle, mariée, elle habite Paris depuis quelques années seulement (quartier de Gentilly). Elle est accouchée le 15 janvier 1867 ; la grossesse d'alors et l'accouchement n'ont rien offert de particulier, et son enfant, bien portant, est actuellement au dépôt.

Il y a deux mois et demi, au lieu de voir venir ses règles qu'elle attendait, elle fut prise de pertes sanguines peu abondantes ; ces pertes n'ont pas cessé depuis cette époque, composées tantôt d'un sang assez rouge, tantôt d'un sang roussâtre ou couleur chocolat, mais toujours en quantité modérée. En même temps elle souffrait de coliques avec sensibilité de tout le ventre, mais principalement à gauche; ces coliques survenant à des époques irrégulières, s'accompagnaient quelquefois de vomissements muqueux et verdâtres, et toujours d'un écoulement sanguin un peu plus abondant et plus rouge. Depuis deux mois et demi, Elisabeth a été obligée de susprendre plusieurs fois son travail, a perdu de ses forces, de son appétit, et surtout de son teint qui avait toujours été bon. Elle est devenue maigre et d'une grande pâleur ; elle est facilement essoufflée ; ses pertes, ses douleurs de ventre et sa grande faiblesse l'obligent à venir demander des soins à l'hôpital.

On constate facilement chez elle tous les signes d'une anémie profonde ; ses conjonctives, son palais, ses gencives sont décolorés ; il existe à la base du cœur et dans les vaisseaux du cou un souffle doux au premier temps. Le pouls est petit, filiforme, assez fréquent, mais la malade est sans fièvre.

L'abdomen est sensiblement tendu, très-douloureux à la pression, ce qui empêche de rechercher s'il se trouve profondément quelque tuméfaction se rattachant à l'utérus ou à ses annexes; la douleur spontanée et à la pression est toujours plus considérable du côté gauche. On est forcé de s'en tenir aux données fournies par le toucher vaginal.

Le col est volumineux, ramolli et entr'ouvert ; l'extrémité du doigt y pénètre facilement ; sa face interne semble tapissée de villosités. L'écoulement par le vagin continue avec les caractères indiqués précédemment.

Du 3 au 8 décembre, l'état de la malade est à peu près stationnaire; même pâleur, même faiblesse, mêmes pertes semblant exagérées de temps en temps par des coliques assez violentes, accompagnées d'envies de vomir et de vomissements quelquefois bilieux ; toujours même sensibilité du ventre ; il existe parfois des frissons suivis de chaleur fébrile de peu de durée ; la soif, ordinairement nulle, est alors

D

C

Planche I.

A Utérus largement ouvert sur son fond et sur sa face antérieure. — B Portion de caduque restée adhérente à la face interne de la cavité utérine (angle droit). — C Caduque utérine presque complète expulsée avant la mort. (Il y manque la petite portion B, restée dans l'utérus.) — D Pavillon de la trompe droite et ses franges. — EE Lèvres d'une déchirure faite artificiellement à la face antérieure du kyste fœtal, pour montrer la minceur de ses parois formées par la trompe dilatée et les membranes de l'œuf. — F Cordon ombilical se rendant d'une part au fœtus et d'autre part au bord supérieur du placenta. Le fœtus a été sorti de la poche pour en faire mieux voir l'intérieur. — G Placenta occupant la partie postérieure du kyste fœtal. — H Pavillon de la trompe gauche et ses franges. — I Plexus de vaisseaux volumineux parcourant toute la face externe du kyste tubaire. — J Vagin.

C'

PLANCHE II.

A' Utérus vu par la face postérieure. — B' Franges du pavillon de la trompe gauche. — C'C'C' Déchirures spontanées de la face postérieure du kyste fœtal, répondant à la surface externe du placenta ; ces déchirures ont été la source de l'hémorrhagie intra-abdominale. — D' Ovaire gauche assez volumineux. — E' Pavillon de la trompe droite.

assez grande ; l'anorexie est telle que la malade prend fort peu d'aliments.

Ces phénomènes, joints à quelques autres signes toujours incertains de grossesse au début, font naître naturellement l'idée d'une fausse couche accompagnée de lésions inconnues des annexes ou du péritoine.

Dans la journée du 8, Elisabeth est prise de coliques plus douloureuse, et, dans de grands efforts d'expulsion, elle rend par le vagin une membrane molle, teintée de sang et comme roulée. Après avoir versé un filet d'eau sur cette membrane, il est facile de reconnaître une exfoliation de la muqueuse utérine, une véritable *caduque*, représentant exactement la cavité agrandie du corps de l'utérus, (pl. I, C). Elle forme un sac plus large au fond qu'à l'entrée ; ce sac est complet près de son orifice, mais incomplet vers le fond, par suite d'une perte de substance répondant évidemment à l'un des angles de la cavité utérine, et déterminant une échancrure allongée, à bords un peu irréguliers. La face externe de ce sac membraneux est villeuse et teintée de sang ; sa face interne est lisse comme toute surface épithéliale ; les parois en sont épaisses de plus d'un millimètre et résistantes.

L'expulsion de cette caduque semble bien confirmer l'idée d'un avortement ; cependant l'œuf manque, à moins qu'il n'ait passé inaperçu, et la continuation des accidents, leur aggravation surtout les jours suivants, engagent à suspendre toute affirmation positive à cet égard.

En effet, les pertes continuant, les coliques augmentent; dans la nuit du 12 décembre, elles deviennent plus menaçantes, et le 13 à quatre heures du soir, la malade est prise d'une crise plus violente, avec frissons réitérés, lipothymies répétées, pouls à peine sensible, hoquets, pâleur extrême de la face, sueurs froides, vomissements, quelques soubresauts de tendons, et, après une heure et demie environ, elle meurt subitement dans une syncope.

Autopsie. — Vingt-quatre heures après la mort.

a. Foyer hémorrhagique. — En ouvrant le ventre, il sort de la cavité peritonéale et du bassin plus d'un litre de sang liquide et noirâtre; ce sang a donné aux anses intestinales en contact avec lui une coloration rouge d'imbibition. En écartant ces anses, que quelques fausses membranes filamenteuses anciennes relient l'une à l'autre ainsi qu'aux parois du bassin, on trouve ce dernier rempli de caillots d'un rouge foncé, ressemblant aux caillots passifs des anévrysmes, et, tout à fait dans le cul-de-sac utéro-rectal, des caillots grisâtres, moins friables, formant une couche assez épaisse, non feuilletée, et remontant certainement à une époque plus ancienne; ces derniers ont, au contraire, une certaine analogie, par leurs caractères, avec les caillots dits actifs des anévrysmes. Le péritoine est épaissi et doublé de

fausses membranes peu épaisses au niveau de ces caillots grisâtres.

b. Trompe gauche et kyste fœtal. — Ensuite on découvre facilement une tumeur du volume du poing, reposant immédiatement sur ces caillots anciens, et couverte elle-même par des caillots récents. Sa forme est arrondie, sa couleur d'un rouge violet foncé, et de gros vaisseaux sanguins parcourent sa surface. (Pl. I, I.) Cette tumeur est légèrement fluctuante, principalement dans sa partie antérieure. Elle est reliée fortement au côté gauche de l'utérus par la trompe qui est très-développée, et dont on retrouve le pavillon avec ses franges épanouies au côté externe de la tumeur. (Pl. I, H. — Pl. II, B'). Le kyste s'est évidemment développé dans la partie la plus évasée de la trompe.

Nettoyée du sang qui la recouvre, la tumeur présente une enveloppe lisse et régulière; mais, en arrière, on découvre à cette enveloppe plusieurs éraillures qui ne paraissent pas toutes de même date (Pl. II, C'C'C'); ce sont des déchirures véritables, irrégulières, allongées pour la plupart de haut en bas ou de droite à gauche; les plus externes semblent plus larges, arrondies et plus récentes. Les lèvres très-minces de ces déchirures laissent voir un tissu charnu, comme spongieux et très-vasculaire, faisant pour ainsi dire effort pour s'échapper par ces ouvertures; les déchirures externes, où le tissu charnu paraît mis à nu plus fraîchement et dans une plus grande étendue, correspondent vraisemblablement à la dernière hémorrhagie qui a été mortelle, car tout fait présumer que les hémorragies internes et successives n'ont pas eu d'autre source.

En ouvrant et déchirant la tumeur sur sa face antérieure (Pl. I, EE), on voit que l'enveloppe y est également mince et fragile, et l'on tombe sur une poche contenant une certaine quantité de liquide un peu citrin et transparent, dans lequel nage un fœtus de 3 mois à 3 mois 1/2 environ, parfaitement conformé. Ce fœtus (Pl. I, F) est relié par un long cordon à un placenta bien développé, qui occupe la partie postérieure du kyste amniotique (Pl. I, G); le cordon aboutit à ce placenta, non par le centre, mais par le bord supérieur et externe, et ses vaisseaux s'étalent de là à tout le placenta (placenta en raquette). Les masses charnues, qui font hernie par les déchirures postérieures et accidentelles de la tumeur, sont précisément les cotylédons de la face adhérente du placenta (Pl. II, C'C'C').

c. Ovaire. — Quant à l'ovaire, on le retrouve immédiatement au-dessous et en arrière du kyste fœtal, accolé à sa partie inférieure (Pl. II, D'); il est plus volumineux que celui de droite. Tout le ligament large présente d'ailleurs un plexus vasculaire, dont le développement contraste avec le peu de vaisseaux apparents du côté opposé. De petits kystes séreux sont appendus à l'ovaire gauche par des pédicules assez longs et grêles.

d. Utérus. — Le corps de l'utérus, notablement dévié à droite, a doublé de volume; à la coupe, on reconnaît que son tissu est plus épais, plus mou et plus vasculaire ; sa cavité est agrandie, sa face interne lisse et rouge ; sa muqueuse a disparu, sauf dans l'angle et à la corne du côté droit, qui sont occupés (pl. I, B) par un débris membraneux exfolié et faiblement retenu aux parois utérines. Ce débris membraneux a précisément la forme de l'échancrure signalée à la caduque utérine expulsée avant la mort (pl. I, C); elle la complète exactement.

Le col, hypertrophié comme le corps, présente près de son orifice les saillies villeuses constatées par le toucher pendant la vie.

e. Annexes du côté droit. — La trompe, l'ovaire et le ligament large du côté droit n'offrent rien à noter. Quelques tractus filamenteux les rattachent faiblement en arrière aux parois du bassin.

f. Viscères. — L'autopsie des autres parties du corps ne révèle rien qui soit important à signaler ici. Le foie, les reins, la rate sont petits et exsangues ; quelques adhérences lamelleuses rattachent la face supérieure du foie au diaphragme ; le cœur, très-contracté, ne renferme ni caillots, ni sang.

Remarques. — Voilà donc une femme âgée de 27 ans, d'ordinaire bien portante, ayant eu un enfant il y a presque un an, qui souffre depuis deux mois et demi de coliques accompagnées de vomissements et de pertes sanguines peu abondantes, mais continues; en même temps elle a pâli singulièrement, son appétit et ses forces on beaucoup diminué. Elle entre à l'hôpital avec tous les signes d'une anémie profonde, perd dans un effort d'expulsion une caduque utérine presque complète, ce qui fait penser à un avortement, et meurt quatre jours après avec tous les signes d'une hémorrhagie interne. On trouve, en effet, dans le bassin, un vaste épanchement de sang en partie liquide et en partie coagulé; des caillots plus anciens se voient dans le cul-de-sac utéro-rectal, et ce sang a sa source dans les ruptures que l'on constate à la face postérieure d'un kyste fœtal de la trompe gauche, au niveau de l'insertion placentaire. Telle est, en résumé l'observation que nous venons de rapporter.

On est unanime à reconnaître que les signes de la grossesse extra-utérine sont tout à fait incertains pendant les trois premiers mois; et, en particulier dans la grossesse tubaire, la mort de la femme vient ordinairement surprendre le médecin avant qu'il ait eu le temps d'être fixé sur la nature des accidents qu'il

observe; aux signes vagues du début de la grossesse s'en joignent qui appartiennent aussi bien à la péritonite et aux hémorraghies internes, et la mort survient plus ou moins rapidement dans une syncope. Telles sont les incertitudes par lesquelles nous avons dû passer, tel est le tableau fidèle du fait que nous avons observé. Il n'en est pas moins vrai pourtant que la plupart des signes qui marquent habituellement le début de la grossesse extra-utérine se sont montrés chez notre malade, à savoir : *retard dans l'apparition des règles, métrorrhagie peu abondante, mais continue, vomissements, douleurs abdominales violentes principalement d'un côté du ventre, anémie profonde*, enfin du côté de l'utérus une augmentation de volume notable, à en juger par la tuméfaction du col dont les lèvres étaient molles et entr'ouvertes. Quant au fait bizarre et assez exceptionnel de l'*expulsion d'une caduque*, s'il confirma l'existence de la grossesse, il nous jeta dans l'erreur en nous faisant penser à un simple avortement.

a. — Retard dans l'apparition des règles suivi d'une métrorrhagie peu abondante, mais continue. — Velpeau (1), dans son intéressant article, rappelle déjà qu'on a invoqué la *persistance des règles* comme signe de la grossesse extra-utérine; mais il ajoute que si cette persistance des règles l'accompagne quelquefois, elle manque souvent, ainsi que d'autres signes pareillement invoqués, ce qui lui donne par cela même assez peu de valeur.

Cependant Goupil, qui a étudié la question à l'aide d'observations plus récentes et plus précises, insiste au contraire sur l'importance d'un pareil signe et définit nettement ses caractères. « Toutes les malades, dit-il, avaient eu leurs règles sup« primées, et la présence seule des métrorrhagies avait pu faire « croire à un simple retard de la menstruation, parce qu'on « n'avait pas tenu compte des caractères très-différents qui les « distinguent des règles, et surtout de leur défaut de périodi« cité, signe distinctif, sur lequel Mme Lachapelle insiste avec « raison.... Ces pertes ont toujours été regardées, et avec rai« son, comme un des accidents les plus habituels des grossesses

(1) Diction. en 30 vol., t. XIV, p. 411.

« extra-utérines ; dans nos observations, les métrorrhagies ont « été si fréquentes qu'elles pourraient presque être considérées « comme constantes, puisque, dans six observations seulement, « elles n'ont pas été notées. Leur longue durée, l'existence de « redoublements variables, mais non périodiques, le peu d'in- « fluence que paraissent exercer sur elles soit le repos, soit le « traitement employé, enfin la présence de ces phénomènes « nerveux qui accompagent régulièrement la menstruation, et « la présence de douleurs qui s'accroissent en même temps que « l'abondance de l'écoulement sanguin, ne doivent pas permet- « tre de les confondre avec les règles » (1).

(*à suivre*).

DE L'UTÉRUS PUBESCENT

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes).

Pendant la période qui s'étend de l'enfance à l'instauration des règles, l'économie de l'enfant subit des modifications profondes. Sans parler du changement caractéristique de la physionomie, du développement des seins, etc. etc., les organes de la génération éprouvent des transformations progressives qui, bien connues dans leurs résultats, n'ont pas été aussi bien étudiées dans leurs phases successives et dans la marche de leur évolution. Ce n'est point ici le lieu de faire une étude approfondie de cette époque de transition, je me borne simplement à remarquer qu'elle a une durée extrêmement variable suivant les cas. A s'en rapporter à mes recherches, elle demanderait au moins une année et même davantage. Ainsi, au moment où je rédige ce petit travail, je viens de voir une fille de dix-huit ans, chez laquelle cinq ans se sont écoulés entre le développement pubère des organes genitaux externes et l'établissement définitif des règles. Ce cas n'est point le seul qui pourrait être cité, mais il m'a paru particulièrement remarquable en ce que j'avais auguré, à l'époque de mon premier

(1) Goupil, loco citato, p. 568-569.

examen, une instauration beaucoup plus prompte de l'écoulement menstruel.

Examine-t-on dans ces conditions les organes internes de la génération, on leur trouve une physionomie particulière, rappelant par certains de ses traits celle de la période infantile, alors que par d'autres elle se rapproche, sans s'y confondre toutefois, de celle de la période pubère. Les ovaires notamment sont augmentés de volume et de poids, et leur accroissement porte tout à la fois sur la couche ovigène et sur la portion bulbeuse. La longueur ou le diamètre transversal peut rester stationnaire ou être augmenté seulement de quelques millimètres, alors que les autres diamètres se sont très-sensiblement accrus. Conjointement le poids s'élève d'une façon notable et atteint 4 grammes 50 et même 5 grammes 25. A raison des détails donnés ailleurs (*Des ovaires, de leurs anomalies*. Paris, 1873, p. 12) il est superflu d'insister à leur endroit.

Concurremment, l'utérus a subi des modifications d'autant plus marquées que le développement des ovaires est plus prononcé. Les caractères propres à l'utérus infantile se sont effacés en grande partie et ont fait place à ceux de l'*utérus virgineus;* la prédominance du col sur le corps utérin n'est plus aussi évidente et par le fait de l'accroissement concomitant du corps, ces deux parties arrivent à mesurer une longueur égale. D'autre part, les parois se sont épaissies, renforcées et bombées par le fait de la croissance des fibres musculaires lisses, enfin le corps, au lieu d'avoir une forme aplatie comme chez l'enfant, est devenu franchement conoïde. Bref, pendant cette période préparatoire de la puberté et qu'à ce titre j'ai désignée de *pubescente*, l'utérus a revêtu la physionomie qu'il est appelé à conserver pendant toute la durée de la virginité.

L'analogie existant entre l'*utérus pubescent* et l'*utérus virgineus* n'implique pas cependant l'identité, car à côté des points de contact se placent des différences plus ou moins manifestes suivant que la venue des règles est plus ou moins éloignée. A s'en référer aux quelques autopsies qu'il m'a été donné de pratiquer dans ces conditions, le volume et le poids sont un peu moindres alors, et ce fait ressort avec la plus grande évidence des résultats que j'ai

obtenus. Sur les trois filles dans lesquelles la mensuration de l'utérus a été relevée minutieusement, le diamètre longitudinal variait de 43 à 49^{mm}, le plus grand diamètre transversal était de 28 à 34^{mm}, enfin le diamètre antéro-postérieur allait de 16 à 20^{mm}.

Compare-t-on ces chiffres à ceux qui ont été donnés pour des filles réglées et n'ayant point eu d'enfant, on constate une diminution sensible rendue saisissante par le tableau ci-dessous.

Auteurs.......	Huschke.	P. Dubois.	Richet.	Aran.	Sappey.	Puech.
Long. moyenne	0^{m}067	0^{m}067	0^{m}063	0^{m}070	0^{m}060	0^{m}046
Larg. moyenne	0^{m}040	0^{m}047	0^{m}045	0^{m}044	0^{m}038	0^{m}030

Il ne m'appartient pas de dire dans quel intervalle de temps ces filles eussent été réglées, mais il est de toute évidence que leurs organes internes, et notamment l'utérus, différaient sensiblement de ceux qui ont donné des marques de leur complet développement. Ainsi, en ce qui concerne l'utérus, le diamètre longitudinal offre une diminution de 24^{mm} pour le chiffre le plus fort, et de 14 pour le chiffre le plus faible ; le diamètre transversal offre une diminution de 16^{mm} pour le chiffre le plus fort et de 8 pour le chiffre le plus faible. Malheureusement, les mensurations ne sont pas assez nombreuses pour faire force de loi, mais il y a là matière à un travail intéressant qui devrait tenter un anatomiste. A l'encontre de ce qui se passe du côté des ovaires je suis porté à penser que la répétition des règles a une certaine influence sur le volume de l'utérus, que partant la menstruation peut se montrer avant que cet organe ait acquis son entière croissance, mais j'avoue que je serais désireux de voir cette opinion contrôlée par des observations nombreuses et rigoureuses tout à la fois. Pour le moment je ne puis évoquer à l'appui qu'une seule observation relative à une fille morte au moment où se montrait la première menstruation. Godard, qui l'a recueillie (*Gaz. méd.*, 1854, p. 778), a en effet donné des chiffres qui se rapprochent des nôtres ; le diamètre vertical de l'utérus atteignait seulement 45^{mm}, tandis que le diamètre transversal mesurait 30^{mm}. Evidemment il y a là une serie d'inconnues que les travaux ultérieurs pourront seuls résoudre d'une façon satisfaisante.

Par une fatalité regrettable, un seul de ces utérus pubescents

a été pesé : dépouillé de ses annexes il pesait 27 grammes, c'est à dire 15 grammes en moins que le poids moyen donné par Sappey.

L'utérus pubescent a donc même forme et même aspect que l'utérus vierge après que les règles viennent de s'établir; il en diffère seulement par le poids et l'étendue moindres des diamètres. C'est, en un mot, une forme de transition intermédiaire à l'utérus infantile et à l'utérus pubère et se rapprochant suivant les cas, tantôt de l'un, tantôt de l'autre. Physiologiquement, il a tout au plus deux années d'existence, mais par suite de circonstances particulières cette forme peut persister davantage et même devenir permanente. Ayant rencontré deux faits de ce genre, il m'a paru intéressant de les exposer et de grouper autour d'eux les cas analogues. Cette étude m'a paru d'autant plus nécessaire que c'est là un simple arrêt de croissance, qu'il n'est point au-dessous des ressources de l'art et qu'en s'y prenant de bonne heure, il sera peut-être possible de faire sortir l'organe de cette torpeur prolongée.

I

Après ces considérations préliminaires, il est à peine besoin d'expliquer ce que j'entends par l'épithète *pubescent* appliquée à l'utérus rencontré chez certaines personnes ayant dépassé leur vingt-cinquième année. A l'imitation des dénominations *utérus fœtalis*, *utérus infantilis*, il servira à désigner la persistance d'une forme transitoire ; il implique un arrêt dans la croissance de l'organe avec cette différence qu'il est survenu à une époque où le développement était beaucoup plus avancé.

Bien que je sois le premier à employer cette appellation, le phénomène a été déjà signalé à plusieurs reprises. A en croire mes recherches bibliographiques, Portal serait le premier qui en aurait eu connaissance. « Dans plusieurs femmes qui ont été mal réglées ou point du tout, *la matrice*, écrit-il (Cours d'anatomie méd., 1804, t. V p. 537), *a été trouvée extraordinairement petite*, c'est ce dont je me suis convaincu par l'ouverture du corps de deux femmes mortes: l'une vers l'âge de vingt ans et l'autre vers

celui de trente. La première avait été à peine réglée et très-irrégulièrement, et la seconde ne l'avait point été du tout : dans l'une et dans l'autre, les parties extérieures de la génération n'avaient pas acquis leur développement et ne s'étaient pas même couvertes de poils, quoiqu'elles fussent d'ailleurs grasses.» De son côté Rokitansky (*Handb. d. Spez. Path. Anat.*, t. II, p. 523) parle d'une petitesse régulière de l'utérus consécutive à un arrêt de croissance. L'utérus, écrit-il, mais surtout le col, est petit ainsi que la portion vaginale. Le tissu utérin est épais, résistant et exsangue; la muqueuse est lisse et délicate; les follicules et les plis sont peu développés, ainsi que les autres parties, et surtout les ovaires. A son tour Kiwisch (*Klin. Vortrage*, t, I, p. 104) entre dans des détails qui ne laissent subsister aucun doute sur la similitude des cas qu'il a observés avec ceux qui nous occupent. Il signale des cas dans lesquels la forme, sans être précisement la fœtale, se rapproche du type normal, et dans lesquels l'utérus est plus petit par rapport aux autres organes et surtout par rapport à l'âge de la femme. Dans ces cas, ajoute-t-il, la portion vaginale est peu développée, et ne forme au fond du vagin qu'une saillie insignifiante, comparable à une verrue.

Dans son traité des maladies des organes sexuels de la femme (Paris, 1858, p. 59). Scanzoni entre dans des détails encore plus explicites et décrit sous le nom de *développement incomplet de la matrice* l'arrêt de croissance en question. A raison du vague de cette dénomination, j'ai cru devoir la rejeter et lui substituer celle d'utérus pubescent, parce qu'elle précise l'époque de sa venue et fait pendant à celle d'utérus fœtalis, d'utérus infantilis usitées avec raison, pour dénommer les arrêts de croissance survenus à ces diverses époques.

Dans son excellent ouvrage sur les anomalies de la matrice, Kussmaul a également consacré à cette forme d'utérus un paragraphe spécial, auquel il sera emprunté une remarquable observation. Depuis, Meadows a publié une autre observation qui me paraît devoir être légitimement rattachée à cette espèce. En voici, à titre d'exemple, un résumé sommaire :

« Une femme de 36 ans, mariée depuis sept ans, a vu la menstruation s'établir à l'âge de 16 ans, mais elle était presque nulle

et causait de vives douleurs. Les appétits sexuels n'étaient nullement éteints, le désir de la maternité était très-prononcé, et les mamelles offraient un parfait développement.

A l'examen au spéculum, le col utérin fut trouvé petit et complètement divisé en travers, par le fait d'une opération pratiquée quelques années auparavant. Une sonde pénétrait facilement dans la cavité et mesurait environ un pouce comme longueur extrême de l'organe (Meadows, *The Medical Mirror*, janvier, 1864.) »

Ces faits, joints à ceux que j'ai observés, ainsi qu'à quelques autres empruntés aux journaux périodiques constitueront les éléments de cet étude.

II.

L'utérus pubescent n'étant pas autre chose qu'un arrêt de croissance, il ne diffère de l'utérus normal que par la moindre étendue de ses diamètres; seulement, suivant que l'arrêt sera survenu au début ou à la fin de cette période de transition, on pourra constater des différences plus ou moins grandes entre les diverses mensurations. Quoiqu'il puisse être volumineux, et avoir des diamètres identiques à ceux indiqués dans les considérations préliminaires, il se peut aussi qu'il ait un volume moindre. A côté du fait de Meadows, il convient ce me semble de placer le suivant recueilli par Lumpe (*Wien Wochenblatt*. 1856, n° 41).

« Une femme de 28 ans, irrégulièrement menstruée depuis l'âge de 17 ans, avait en longueur et en largeur un utérus plus petit de moitié dans tous ses diamètres. Sa portion vaginale, longue d'un tiers de ligne avait tout au plus l'épaisseur d'une plume de corbeau. On trouvait dans le tiers inférieur de l'utérus une espèce d'hymen. »

D'autres fois, la longueur et la largeur s[ont] plus considérables. Tel est, par exemple, le cas que no[u]s avons recueilli en 1855, et que nous reproduisons dans se[s] détails d'après les notes prises à cette éqoque.

« Clarisse Nivière, originaire des Basses-[A]lpes fut, à l'âge de

17 ans, placée comme domestique; mais, au bout de quelques mois, elle fut surprise, entretenant des relations coupables, avec le fils du maître de la maison et fut renvoyée pour ce fait. Elle vécut quelque temps en chambre, puis délaissée, elle entra à Toulon dans une maison de tolérance. Après un séjour à l'hôpital de cette ville, pour un chancre qu'elle avait contracté, elle fut admise à la maison du Bon-Pasteur; elle y tomba malade et fut pour ce motif renvoyée à l'Hôtel-Dieu de Toulon.

Elle avait alors 28 ans; sa taille était au-dessus de la moyenne, et sa constitution paraissait avoir été robuste. A l'époque où je la vis pour la première fois, c'est-à-dire en juin 1855, elle se plaignait d'une toux sèche et tenace, et accusait de vives douleurs dans les épaules.

Interrogée sur l'état de la menstruation, elle nous répondit qu'elle n'avait eu à aucune époque d'écoulements sanguins par la vulve; elle n'avait pas éprouvé non plus de symptômes de congestion vers le bas-ventre. Cette réponse nous amena à explorer les organes génitaux; le vagin fut trouvé avec sa forme et sa longueur normales; quant à l'utérus, il nous parut moins développé que d'habitude; en outre, le col utérin ne formait dans le cul-de-sac vaginal qu'une saillie insignifiante.

Malgré une médication appropriée, la phthisie fit des progrès, la diarrhée s'établit un peu plus tard, le marasme survint et amena la mort après six mois de séjour à l'hôpital.

L'autopsie fut pratiquée le 10 novembre 1855.

Le crâne ne fut point ouvert.

Poitrine. — Le péricarde renferme environ 60 grammes de sérosité; le cœur est petit et médiocrement développé.

Les poumons, adhérents par leur base, ont en avant leur teinte normale; en arrière, on note de l'hypostase. Au sommet du poumon gauche on note quelques rares tubercules crus; au sommet du poumon droit, ils sont au contraire plus fréquents, quelques-uns sont ramollis, et il y a même une petite caverne. Les anneaux bronchiques sont durs et résistants, et la lumière des bronches en est en certains points rétrécie. Les ganglions bronchiques ont une teinte mélanique très-prononcée; ils sont friables et tachent en noir les doigts.

Abdomen. — L'estomac présente une forme singulière; au lieu d'être simple, il est divisé en deux; la poche supérieure qui a environ deux fois le volume de sa congénère, et qui se continue directement avec l'œsophage, est séparée de la poche inférieure par un rétrécissement formé en cet endroit par l'hypertrophie des plis de la muqueuse stomacale; les dissèque-t-on, l'étranglement disparaît, et l'organe reprend la forme qui lui est propre.

Le duodénum, comme l'intestin grêle du reste, est très-peu capace; on dirait l'intestin d'une fille de 8 ans. Vers le milieu de l'intestin grêle, le calibre de cet organe se développe, puis, fait place à un rétrécissement. Les rétrécissements et les dilatations sont au nombre de sept; leur étendue varie de 15 à 25 centimètres; les points dilatés sont pâles, décolorés, les points rétrécis présentent au contraire une couleur vineuse prononcée. Aux approches du cæcum, on notait plusieurs ulcérations tuberculeuses qui se poursuivaient, mais en moindre nombre, sur la muqueuse du gros intestin.

Le foie, la rate et le système urinaire sont sains.

Organes génitaux. — Le mont de Vénus convenablement matelassé de graisse est couvert de poils noirs, mais clairsemés.

A part la petitesse des grandes lèvres, la vulve ne présente rien de saillant.

Le vagin, ample et spacieux comme chez les femmes qui ont abusé du coït, a la longueur normale.

Tout en ayant la physionomie qui lui est propre, lorsqu'il a acquis son entier développement, l'utérus frappe au premier abord par la petitesse de son volume et la gracilité de ses formes. A défaut du dessin qui en reproduit l'image, et qui en est à 1^{mm} près la reproduction fidèle, on peut en juger d'après les mensurations que j'en ai faites avec la plus grande exactitude.

Le diamètre longitudinal mesuré du bord supérieur au col a 38 millimètres; le diamètre transversal mesuré d'une trompe à l'autre atteint 21 millimètres; il en a 15 au col, et 10 seulement à la jonction du col avec le corps. Quant au diamètre antéro-postérieur, mesuré au niveau de la partie la plus épaisse, il a 12 millimètres. Enfin, le corps a la même longueur que le col.

La cavité utérine a une capacité proportionnée au volume de

l'organe; la muqueuse en est pâle et décolorée. L'arbre de vie très-prononcé est limité au col; il y a deux œufs de Naboth; le méat est petit, mais béant. Enfin l'organe dépouillé de ses annexes pèse 23 grammes.

Pour tout dire, à part sa petitesse, cet utérus est parfaitement sain.

Les annexes normalement développées sont au contraire profondément altérées.

A gauche, la trompe adhère à l'ovaire par des fausses membranes multiples; le pavillon est oblitéré et est fixé au bord supérieur de l'ovaire. De plus, un petit kyste existe sur le bord supérieur de cet organe; comme d'habitude, il renferme un liquide analogue à l'eau de roche.

L'ovaire, grand comme une pièce de 1 franc, a une forme elliptique; sa face antérieure est en partie recouverte par des fausses membranes de date ancienne. La consistance en est dure et comme cartilagineuse; sa surface est sillonnée par des cicatrices et des crevasses nombreuses, indices d'ovulations antérieures, mais on ne trouve nulle part trace de caillots anciens, ainsi que de corps jaunes. On ne trouve pas à la surface de vésicules de Graaf développées; on en trouve trois petites au milieu et tout près du stroma.

A droite, l'ovaire présente à noter les mêmes particularités; des fausses membranes de date ancienne le font adhérer d'une part à la matrice, et d'autre part avec la trompe.

La trompe correspondante, à calibre et à flexuosités exagérés, est distendue dans ses deux tiers externes par de la sérosité transparente; son pavillon a complètement disparu et ses parois élargies concourent à former le kyste tubaire. Ce kyste, complètement fermé du côté du péritoine, a conservé ses communications avec la matrice; en pressant avec le doigt, on parvient à faire refluer le contenu dans ce dernier organe (1). »

Bien qu'on ignore à quelle époque de la vie est survenue l'altération des annexes que nous venons de décrire, on ne saurait

(1) Je réclame l'indulgence pour cette observation recueillie pendant le cours de ma quatrième année d'études.

du moins lui faire jouer un rôle dans l'absence des règles. Pour qu'il y ait menstruation, il n'est pas nécessaire que les trompes soient dans une intégrité parfaite, et que l'ovule puisse cheminer librement dans ces organes et arriver dans la cavité utérine, il suffit que les ovaires soient sains, ou du moins que leur altération n'aille pas jusqu'à empêcher l'ovulation. Or, tel est le cas de cette femme : quelque altérés que fussent les organes, l'ovulation a eu lieu, et on peut citer en preuve les nombreuses cicatrices constatées. Ce n'est point l'altération des trompes qu'il faut accuser de l'absence des règles ; à ceux qui soutiendraient cette opinion, on peut opposer plusieurs autopsies dans lesquelles des oblitérations tubaires coïncidaient avec la régularité de la fonction menstruelle.

(A suivre).

DE LA

DILATATION DE L'URÈTHRE CHEZ LA FEMME

(Suite et fin.)

Par Maurice Longuet,
Interne des hôpitaux.

Pour ne pas affaiblir l'intérêt de cette observation que notre ami a eu la bienveillance de nous communiquer, nous la publions telle qu'il l'a remise entre nos mains.

Contracture douloureuse de l'urèthre traitée par la dilatation forcée avec chloroforme.

Par le Dr Reliquet.

Au mois de février 1873, je vois, avec mon ami, le Dr De Montfumat, Madame X..., âgée de 30 ans environ, d'une bonne constitution, mais ayant l'aspect fatigué de toutes les femmes qui sont obligées de rester debout de quinze à seize heures tous les jours, et qui, avec cela, ne sont pas très-bien nourries. De là, un état anémique et des écoulements blancs non irritants. Pas d'affection locale des parties génitales. Le dernier enfant a dix ans.

Madame X... me fait appeler pour calmer les douleurs extrêmement vives qu'elle éprouve toutes les fois qu'elle urine. A chaque miction, dès que l'urine pénètre dans l'urèthre, il se produit une cuisson si vive qu'il y a cri, et cette douleur intense se continue, après la miction, pendant cinq à dix minutes. Au moment des règles, ces douloureuses épreintes sont encore plus vives.

Ces accidents spéciaux datent de huit mois et ont été constamment en augmentant d'intensité.

Les urines, acides, sont à peine troublées par un léger nuage flottant. Souvent il y a des dépôts briquetés, et alors les douleurs sont plus vives. Les envies d'uriner sont fréquentes, toutes les heures, mais la malade se retient le plus possible. Pour qu'elle se décide à uriner, il faut qu'elle ne puisse plus se retenir. Bien entendu la malade boit très-peu.

Il y a constipation habituelle, mais les garde-robes spontanées ou provoquées par les lavements ne provoquent jamais la moindre douleur. Les rapprochements sexuels se font sans qu'il y ait douleur.

Je veux examiner, avec mon confrère, le Dr de Montfumat. A peine ai-je écarté les grandes lèvres, que la malade manifeste une grande frayeur. Elle a peur d'être sondée, convaincue que cela lui fera très-mal. Et il se produit instantanément une rétraction en haut, telle, de la vulve et de l'urèthre, surtout de l'urèthre, qu'il est fort difficile d'examiner le méat. Peu à peu cette rétraction diminue. Alors nous constatons que les parties externes n'offrent rien de particulier, si ce n'est un développement variqueux des veines du méat urinaire. Les caroncules du pourtour sont turgescentes.

Je touche le vagin et l'utérus, la malade étant couchée et étant debout. Du côté de l'utérus, rien d'anormal. Sur la paroi antérieure du vagin, je sens le cordon antéro-postérieur formé par l'urèthre. Il me paraît plus dur, il est surtout plus sensible au toucher que dans l'état normal. Il est plus gros dans sa moitié postérieure, qui me paraît double de l'antérieure, quoique aussi résistante au toucher.

Je veux pratiquer le cathétérisme, mais le contact du bec de ma sonde d'argent avec le méat, provoque immédiatement une douleur des plus vives, fait saigner les caroncules turgescentes, et provoquer la rétraction de l'urèthre qui ne permet plus de voir le méat.

Nous résolûmes alors de donner du chloroforme, de faire la dilatation forcée de l'urèthre et de l'examiner de suite dans toute son étendue. A ce moment, je croyais que cette contracture, si intense et si douloureuse de l'urèthre, était provoquée par une altération des parois de l'urèthre, un polype.

Deux jours après, la malade ayant pris et rendu un lavement une heure avant, me tenant prêt à faire l'extirpation des polypes, M. le Dr Montfumat donne le chloroforme. Je fais, avec un dilatateur à trois branches, une dilatation forcée de l'urèthre jusqu'à plus de 2 cent.

et demi de diamètre. (Et cela comme je l'ai décrit dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, page 774.) Il s'écoule une assez grande quantité d'urine et j'introduis le doigt jusque dans la vessie, explorant attentivement l'urèthre. Je ne trouve rien. Avec un doigt dans le vagin, je presse sur la paroi vaginale antérieure, qui est ainsi explorée par le doigt qui est dans l'urèthre et par celui qui est dans le vagin. Je constate la parfaite homogénéité des parois de l'urèthre.

J'injecte de l'eau tiède dans la vessie que j'explore avec le doigt et une sonde. Je ne trouve rien. Puis nous laissons la malade, lui conseillant de boire de l'eau de lin préparée à froid, et de garder le repos.

Dès la première miction la malade constate un changement dans la douleur qu'elle éprouve. C'est une cuisson semblable à celle donnée par une plaie subitement irritée. Mais ce n'est plus cette violente douleur d'épreinte qui arrachait des cris à la malade pendant tout le temps de la miction et même après. Car maintenant, dès que l'urine cesse de passer par l'urèthre, la nouvelle douleur cesse.

Trois jours après cette dilatation forcée, notre malade urinait sans douleurs et, depuis, il n'y a pas eu le moindre trouble dans cette fonction.

A quinze jours de là, j'examine à nouveau l'urèthre. Je trouve les caroncules du méat, peut-être un peu plus rouges qu'à l'état normal, et un aspect un peu variqueux de l'intérieur du méat. Rien, en somme, de notable. Le cathétérisme ne provoque ni sang, ni douleur.

Il n'y a pas eu d'incontinence consécutive. C'est un fait à ajouter à celui que je relate dans mon livre (il s'agissait d'extraire une pierre), et tous deux viennent corroborer pleinement l'innocuité de la dilatation forcée de l'urèthre de la femme soumise au chloroforme, bien décrite par M. Simonin, de Nancy.

Tous les médicaments proposés contre les contractions de l'urèthre, belladone *intus et extra*, bromure de potassium, etc., avaient été donnés. C'est pour cela que nous nous sommes décidé de suite à faire la dilatation forcée, étant convaincu de trouver, dans l'urèthre, la cause matérielle de la contracture.

L'absence des polypes de l'urèthre et des varices des parois de l'urèthre, décrites par M. Richet, nous oblige à chercher ailleurs la cause de cette contraction douloureuse de l'urèthre.

Notre malade nous raconta que, assez souvent, les dames employées dans les grands magasins de Paris, qui restent de quinze à seize heures debout, ont des douleurs en urinant, dans les temps de grandes fatigues et surtout au moment des règles, et cela sans qu'il y ait de cause vénérienne. J'ai pu constater le fait chez une amie de cette malade qui subit les mêmes fatigues.

Chez elle, les douleurs étaient bien moins vives, et il a suffi de favoriser les garde-robes, et de boire, pendant quelques jours, de l'eau de graine de lin, pour voir cesser les douleurs.

Nous avons conseillé à notre malade de veiller à la constipation habituelle, de boire un peu d'eau de lin dès qu'elle verrait ses urines fortement colorés. Nous avons insisté sur la nécessité d'une bonne nourriture habituelle, afin d'éviter, autant que possible, cet état anémique provoqué par les fatigues quotidiennes.

Pour le dire en passant, M. Reliquet a eu affaire à une affection fort intéressante et relativement rare chez la femme, mais qui offre beaucoup de points de ressemblance avec une autre contracture plus fréquente celle-là, c'est-à-dire le spasme du vagin.

Comme M. Simonin, M. Reliquet insiste beaucoup sur l'emploi du chloroforme; il va même jusqu'à dire que sans le secours de l'anesthésie, il ne faut même pas songer à employer la dilatation forcée dans un cas pareil (communication orale).

Jusqu'où peut-on porter la dilatation de l'urèthre chezla femme? La dilatation peut-elle provoquer des accidents graves et principalement l'incontinence d'urine? Telles sont les deux questions qui nous restent à examiner.

Dans son Traité de Médecine opératoire, mentionné plus haut, Malgaigne, après avoir cité un fait dû à Astley Cooper, qui porta la dilatation de l'urèthre assez loin pour faire sortir de la vessie d'une petite fille de 11 ans un calcul de 8 centim. 1[2 de circonférence (c'est-à-dire 27 millimètres environ de diamètre), Malgaigne adopte l'opinion de Franco, lequel rejette la dilatation pour toute pierre plus grosse qu'une noix muscade ou une amande.

M. A. Guérin (1) pense qu'on peut pousser la dilatation jusqu'à ce que le trajet soit assez large pour y faire passer un corps quelconque de la grosseur du doigt.

M. Simonin, de Nancy, distend le canal uréthral jusqu'à ce qu'il puisse être franchi par un objet ayant de 68 à 70 millimètres de circonférence, c'est-à-dire 23 à 24 millimètres de diamètre.

Ainsi le diamètre de l'urèthre de la femme peut supporter une

(1) A. Guérin. *Éléments de chirurgie opératoire*. 5e édition, 1870.

augmentation telle qu'il atteigne le maximum de 25 millimètres environ. Au-delà, on courrait risque de produire certains désordres que le chirurgien doit savoir éviter, déchirure de l'urèthre, hémorrhagie, incontinence d'urine, etc., et cependant notre ami P. Hybord (1), admet qu'on peut pousser la dilatation jusqu'à 30 et 35 millimètres de diamètre. Le chiffre de 25 millimètres que nous donnons doit donc n'être accepté que comme un terme que l'on peut dépasser; car il est évident que le chirurgien pourra, dans certains cas, aller plus loin : la taille de la malade, son âge, son embonpoint, la plus ou moins grande laxité de ses tissus, mille autres circonstances devront être prises en considération et serviront de point de repère bien mieux que toutes les opinions des auteurs.

Parmi les accidents qui peuvent survenir consécutivement à la dilatation considérable de l'urèthre, il en est un qui doit toujours être présent à l'esprit de l'opérateur, c'est l'incontinence d'urine.

Cet inconvénient est certes un argument sérieux que M. Dolbeau (2) place même en avant dans son livre pour proscrire presque absolument la dilatation uréthrale, mais il faut se demander si cet inconvénient existe aussi souvent qu'on le pense, peut-être trop aisément. Pour répondre à cela, les faits, bien que peu nombreux, nous semblent cependant assez concluants. Sur 5 observations de dilatation de l'urèthre pour l'extraction de calculs, rapportées par Astley Cooper, deux fois la dilatation fut suivie d'incontinence d'urine, mais chez l'une des opérées, qui était la petite fille de 11 ans dont nous avons parlé plus haut, l'incontinence d'urine ne dura que quatre jours. Sur les 10 cas rassemblés par M. P. Hybord, trois fois l'opération amena l'incontinence, et encore chez deux malades cette complication a disparu peu de temps après. En additionnant donc ces 10 cas et les 5 de A. Cooper, on trouve que sur 15 opérées, deux fois seulement l'incontinence succéda à la dilatation.

---

(1) P. Hybord. *Des calculs de la vessie chez la femme et les petites filles.* Thèse de Paris, 1872.

(2) Dolbeau. *Traité pratique de la pierre dans la vessie*, 1864.

M. Simonin assure que dans les faits auxquels il a eu affaire la dilatation n'a pas provoqué l'incontinence et, qu'au contraire, après avoir été obtenue par la méthode rapide avec chloroforme, une incontinence chronique, due à la présence d'un calcul, a cessé complètement après l'extraction du corps étranger. M. Reliquet n'a pas vu survenir cet accident après les opérations qu'il a pratiquées.

Les inconvénients qui résultent de l'incontinence d'urine ne sont certes pas d'une médiocre importance; mais ceux qui résultent de la *taille* ou de la *lithotritie* sont encore bien plus sérieux.

Le tableau suivant, emprunté au travail de M. P. Hybord, mieux que de longues descriptions, fait ressortir aux yeux les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

MÉTHODES.	AVANTAGES.	INCONVÉNIENTS.
Dilatation.	Simplicité, facilité et rapidité d'exécution. Pas de plaie.	Incontinence d'urine.
Taille.	Rapidité et facilité d'exécution.	Incontinence d'urine. Plaie plus ou moins étendue, et, par suite, porte ouverte à l'hémorrhagie, l'infiltration d'urine, la phlébite, etc.; fistule vésico-vaginale.
Lithotritie.	Exécution relativement facile. Pas de plaie.	Longueur du traitement. Cystite ; fragments oubliés dans la vessie ou arrêtés dans l'urèthre. Pincemen ou déchirure de la muqueuse.

D'après ce tableau, nous voyons que la dilatation de l'urèthre chez la femme, pratiquée dans le but d'extraire un corps étranger contenu dans la vessie, expose moins que toute autre méthode à des accidents sérieux, et nous insistons sur ce point spécial que l'incontinence d'urine après cette opération est relativement fort rare, tandis qu'elle est presque de règle après la taille.

Cependant, comme le fait remarquer M. P. Hybord, cette méthode ne peut être employée à l'exclusion des deux autres, et chacune d'elles a des indications speciales qu'il ne nous appartient pas de discuter ici.

De cette courte étude, nous pouvons tirer les quelques conclusions suivantes :

1° La facilité singulière avec laquelle l'urèthre de la femme se prête à la dilatation offre, dans la pratique chirurgicale, des avantages sérieux qui ne doivent pas être négligés;

2° La méthode à employer de préférence est la dilatation *rapide, pendant que la malade est sous l'influence du sommeil anesthésique ;*

3° Le diamètre de l'urèthre peut être porté, sans inconvénient grave, de 25 à 30 millimètres et même plus.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

SUR LES

PROGRÈS DE LA PATHOLOGIE PELVIENNE

PENDANT LES VINGT-CINQ DERNIÈRES ANNÉES.

Par Edward John Tilt (1).

Quand il a été donné à un homme d'étudier pendant longtemps un sujet important, il doit une fois au moins porter derrière lui ses regards et chercher à évaluer la valeur réelle de son propre ouvrage, en le comparant à celui que ses compagnons de travail ont fait après lui. J'ai toujours eu l'intention de passer en revue, les progrès accomplis dans la pathologie de l'ovaire, depuis que le premier j'ai fait ressortir en 1848 sa haute importance pratique. Maintenant, qu'un quart de siècle s'est écoulé, au lieu d'envoyer cette communication à l'un de nos journaux,

(1) Travail lu à la Société d'obstétrique de Londres.

je la soumets à la Société obstétricale parce qu'elle touche aux principales maladies des femmes et parce que plusieurs des médecins dont je combats les opinions ont été ou sont encore de brillants ornements de cette société.

Pour apprécier avec justesse l'état actuel de la pathologie pelvienne, il faut chercher à vous représenter ce qu'il était en 1816 quand Récamier commença d'appliquer le spéculum à l'étude des maladies utérines. Chez les femmes souffrant de maladies que nous savons aujourd'hui caractériser, on attribuait les douleurs à l'inflammation des parties inférieures de l'intestin, à moins qu'une douleur sus-pubienne ou de la leucorrhée n'attirassent l'attention du côté de l'utérus. L'enseignement de la grande école de Paris, dont je suis fier d'être docteur, améliora graduellement cet état de choses en France, mais en Angleterre le *statu quo* persista jusqu'en 1845. A cette époque, l'apparition des mémoires de Henri Bennet, sur l'inflammation et l'ulcération du col de la matrice, fit naître, dans l'esprit des praticiens les plus éminents du Royaume-Uni, la résolution d'étudier les affections utérines avec autant de soin que les autres maladies.

La pathologie de l'ovaire ne participa pas à ce progrès, car d'après Boivin et Dugès qui écrivaient en 1833, le cancer est la plus importante des maladies ovariennes. Ils doutaient de l'existence de l'ovarite aiguë en dehors de la puerpéralité. L'ovarite chronique était pour eux tellement rare qu'ils en basaient le traitement sur des données purement théoriques, et l'exemple qu'ils en donnaient n'était qu'un cas méconnu d'hematocèle. Cependant, ils avaient été frappés de l'importance de la péritonite, ils considéraient l'immobilité de l'utérus comme un signe d'inflammation ovarique et pensaient que la péritonite est une cause fréquente d'avortement.

Vous pouvez juger l'état de la pathologie de l'ovaire en Angleterre par l'excellent petit ouvrage publié par le Dr Seymour en 1830. En sept pages, il note la prédisposition de l'ovaire à la péritonite, il s'étonne que le stroma lâche de cette glande ne soit pas plus souvent enflammé, il suppose que les petits abcès qu'il y a trouvés pourraient bien être des vésicules de Graaf enflammées, il dit avoir vu souvent les ovisacs tuméfiés, distendus,

pleins d'un sang noir ou rouge. Il savait que l'ovaire hypertrophié tombe fréquemment dans le cul-de-sac recto-vaginal, et qu'il n'est pas rare de rencontrer des masses caséeuses dans l'ovaire et dans l'oviducte chez les femmes scrofuleuses.

Chose étrange, la pathologie du D[r] Seymour était en progrès sur celle du D[r] Arthwell qui, quinze ans plus tard, considérait l'étude de l'ovarite aiguë comme inséparable de celle de la fièvre puerpérale et cela, bien qu'il citât de bonnes observations qui prouvaient le contraire. Dans son opinion, les ovaires causent rarement un état pathologique des organes environnants; néanmoins, il reconnaît avoir trouvé dans l'ovarite chronique la cause de quelques-uns des faits les plus obscurs qu'il a observés.

Il n'y avait pour la pathologie ovarienne aucun espoir de progrès, tant que les fonctions de l'ovaire n'étaient pas connues. Un des premiers qui jeta la lumière sur ce sujet fut le docteur Négrier, professeur d'accouchements à Angers.

En 1840, il adressa un premier mémoire à l'Académie royale des sciences pour réclamer ses titres de priorité à la découverte de l'ovulation spontanée. Décrivant ce qu'il avait observé à l'hôpital et sur la table d'amphithéâtre, il fut le premier à montrer que le processus de l'ovulation pouvait devenir inflammatoire, et il décrivit cette forme subaiguë de l'ovarite sous le nom de vésiculite.

Le dernier ouvrage que j'ai à mentionner, fut publié par M. le D[r] Chereau, sous le titre de *Mémoire pour servir à l'étude des maladies des ovaires*.

En soixante pages, il donne une très-bonne description de l'ovarite, reconnait l'extrême rareté des abcès de l'ovaire et la fréquence relative des formes moins aiguës de l'ovarite; il mentionne la fréquence des lésions péritonéales, sans avoir aucune idée de la grande importance pratique de la péritonite comme complication dans la pathologie pelvienne. Le D[r] Chereau n'avait que peu d'observations personnelles; aussi est-il étonnant qu'il ait fait une simple mention du mémoire de Négrier au point de vue physiologique, sans aucune allusion à ses observations et à ses idées en pathologie.

Ces deux ouvrages importants n'eurent aucune influence apparente sur les médecins français, et en Angleterre, ils n'attirèrent pas l'attention. Ashwell ne semble pas les avoir connus, et notre premier président le Dr Rigby n'en a pas, je crois, fait mention, bien qu'ils fussent au nombre des livres qu'il a légués à la Société.

Tel était en 1850, l'état de la pathologie pelvienne ou ovarienne (car ces deux termes ont entre eux une corrélation intime), quand j'écrivis un livre sur l'ovarite et les maladies de la menstruation, dans le but de prouver que l'ovaire est un centre d'influence pathologique aussi bien que physiologique, et que toute la pathologie pelvienne est dominée par un état morbide de l'ovulation.

Les propositions suivantes donnent de l'ouvrage une bonne idée :

1° La fréquence reconnue des lésions inflammatoires de l'ovaire et des tissus adjacents, a une importance pratique beaucoup plus grande qu'on ne l'a cru jusqu'ici;

2° De toutes les lésions inflammatoires de l'ovaire, celles qui entraînent la destruction complète de l'organe sont très-rares, tandis que les plus nombreuses et partant les plus importantes, se rattachent à une maladie que l'on peut appeler ovarite subaiguë ou chronique;

3° Règle générale, les maladies pelviennes, chez la femme, dérivent d'un trouble de l'ovulation;

4° L'ovulation morbide est la cause la plus fréquente d'ovarite;

5° La pelvipéritonite dépend habituellement de l'ovarite;

6° Du sang tombe fréquemment de l'ovaire ou de l'oviducte dans la cavité pelvienne;

7° Une ovarite subaiguë cause et entretient souvent la métrite;

8° L'ovarite subaiguë entraîne souvent des troubles variés et importants de la menstruation;

9° Certaines tumeurs chroniques de l'ovaire peuvent être considérées comme des déviations de la structure normale des vésicules de Graaf.

Avant de vous montrer que mes propositions de 1850 sont aujourd'hui généralement admises, je mentionnerai brièvement l'accueil qui leur a été fait. Le D[r] H. Bennet, dans sa revue rétrospective de la pathologie utérine en 1856, rejetait absolument l'idée que l'ovarite pût avoir quelque influence sur la production de la métrite. D'après lui, l'ovaire ne saurait avoir une grande importance pathologique parce qu'il n'a pas d'enveloppe muqueuse, comme si l'absence d'une membrane muqueuse empêchait le cœur et le cerveau d'avoir une pathologie formidable. Le D[r] Rigby a publié quelques cas types d'ovarite subaiguë dans le *Medical Times*, de 1860; mais, ni la tuméfaction de l'ovaire, ni ses recrudescences à chaque époque menstruelle ni les douleurs caractéristiques n'ont pu lui faire voir dans ces faits autre chose que des déplacements.

Le D[r] Fleetwood Churchill, qui écrivait en 1851, avait vu des cas semblables à ceux que j'ai décrits sous le nom d'ovarite subaiguë, mais il a pensé qu'il valait mieux les rattacher à un état d'irritation de l'ovaire. L'inflammation des vésicules de Graaf, que je crois relativement fréquente, est, d'après lui, rare et sans symptomatologie. J'avoue que la critique d'un homme qui a tant fait pour la médecine aurait pour moi plus de poids, si dans le chapitre *Ovarite*, de son ouvrage bien connu sur les maladies des femmes, il avait montré une connaissance plus approfondie du sujet. S'il avait puisé la description de l'ovarite dans les trésors de son expérience, elle eût été à la hauteur de ce qu'il a produit de mieux, mais au lieu de cela, il se borne à citer les auteurs qui ont écrit avant la découverte de l'ovulation et ne mentionne ni Négrier ni Chéreau.

Le D[r] West (1856) appliqua aux lésions inflammatoires ovariques et périovariques le mode de raisonnement qu'il avait adopté pour les inflammations du col utérin, et prétendit qu'elles étaient beaucoup trop fréquentes pour avoir aucune importance. Faisant allusion à un des signes de l'ovarite, la douleur, le D[r] Bennet avait dit que dix-neuf fois sur vingt, douleur ovarique signifiait métrite du col.

« Messieurs, dit à son tour le D[r] West, épargnez-vous la peine de discuter la question, je puis vous assurer que douleur ovarique

veut dire simplement névralgie. » « Certainement, on pourrait l'appeler irritation ovarienne, dit le Dr Churchill. »

« Non, répond notre prudent pathologiste, irritation est un terme trop fort; ce n'est rien de plus que l'élément douleur, cet éternel feu follet qui a poussé tant d'hommes à une danse extravagante dans les stériles régions de la théorie. »

Si, là où plusieurs des meilleurs gynécologistes de l'Europe, admettaient l'ovarite chronique, le Dr Rigby ne voit que des déplacements, et le Dr West des névralgies, peut-être ces hommes éminents étaient-ils conduits à cette manière de penser et d'écrire par un sentiment de réaction, irrités contre l'importance et la fréquence exagérées que l'on attribuait à l'inflammation des organes sexuels. Se privant ainsi du moyen d'en reconnaître l'existence, à moins qu'elle ne s'appuyât sur des preuves écrasantes, ils portaient la prudence aux limites de l'aveuglement. A part un collaborateur du *British and Foreing Medico-chirurgical review 1850*, dont la critique favorable, mais consciencieuse, mérite d'être lue, aucun homme de quelque valeur dans notre pays n'appuya mes vues; mais bientôt elles reçurent la plus éclatante confirmation d'autopsies pratiquées dans quatre hôpitaux français.

Aran venait d'être nommé médecin des hôpitaux de Paris, quand il se rendit en Angleterre en 1854. Il avait traduit en français l'ouvrage de Bennet sur l'inflammation utérine. Il me dit alors que, lorsqu'il ferait paraître une nouvelle édition de l'ouvrage, il y joindrait une traduction de ma seconde édition publiée en 1853. Il fit beaucoup mieux, car il examina avec soin le corps des femmes qui mouraient dans son vaste service de l'hôpital Saint-Antoine, et en 1858, il publia ses leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes. Je revendique ce livre comme la démonstration clinique de ce que j'ai écrit n 1850. C'est de beaucoup le meilleur ouvrage qui ait été publié sur les affections inflammatoires de l'ovaire. Je ne lui reproche qu'un défaut, c'est de représenter inexactement ma manière de voir au sujet de l'ovarite subaiguë. J'y ajouterai l'oubli d'Aran qui n'a pas signalé les occasions fréquentes où il ne fai-

sait que confirmer ce que j'avais établi nettement dans mes deux éditions.

Négrier confirma et développa les vues qu'il avait primitivement émises par un ouvrage plus important, intitulé : « *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques chez la femme*, 1858. »

La prépondérance de l'ovaire en pathologie pelvienne fut plus tard établie en 1860, par les D[rs] Bernutz et Goupil avec un luxe de preuves et une minutie de détails qui emportaient d'assaut la conviction du lecteur. En 1869, Gallard basa sur ses recherches particulières, faites à la Pitié, les excellentes leçons sur l'ovarite qu'il a publiées dans la *Gazette des Hôpitaux*. Parmi les contributions récentes à la pathologie de l'ovaire, qui ne semblent pas fondées principalement sur des recherches personnelles, je citerai le chapitre ovarite du livre de Courty, qui se rapproche beaucoup d'Aran, et la collection de faits du Dr Scaglia, bien que l'ordre suivi dans ce travail ne soit pas le meilleur et que l'ovarite chronique y soit ignorée.

Les propositions suivantes contiennent la quintessence de la première édition de mon livre. Avant de chercher à vous montrer qu'elles ont supporté l'épreuve du temps, je dois vous dire, pour ne pas abuser de votre patience, que plusieurs d'entre elles ne nous retiendront pas longtemps.

Proposition I. — La fréquence reconnue des lésions inflammatoires des ovaires et du péritoine adjacent a une importance pratique beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement.

Beaucoup d'observations ont successivement attesté l'importance de ces lésions, comme on le verra dans la discussion des propositions suivantes ; aussi je passe à une autre.

Proposition II. — De toutes les lésions inflammatoires des ovaires, celles qui entraînent la destruction de l'organe en totalité sont très-rares, tandis que les plus nombreuses et partant les plus importantes peuvent être attribuées à une maladie que l'on peut appeler ovarite chronique ou subaiguë.

Ce serait perdre son temps que de vous rappeler les preuves

qui confirment la première partie de la proposition, mais en étudiant le sujet, vous verrez qu'exception faite des cas où l'ovaire est transformé tout entier en une poche purulente, cas qui sont rattachés par tout le monde à l'ovarite aiguë, les médecins sont loin de s'entendre sur le nom à donner aux formes moins sévères de la maladie. Un même degré de lésions inflammatoires constaté à l'autopsie est attribué par celui-ci à l'ovarite aiguë, par celui-là à l'ovarite chronique, suivant que la longue durée du mal ou la présence du pus dans l'ovaire ont fait plus d'impression sur l'esprit de l'observateur. En fait, à moins d'une terminaison rapidement fatale, l'ovarite est toujours chronique et se caractérise généralement par des exacerbations inflammatoires aux époques menstruelles. Pour ce motif, je propose d'écarter le terme chronique et de donner le nom de subaiguë aux cas produits par une inflammation ovarique moins violente ou d'une nature moins grave.

Aran me représente comme ayant créé une maladie caractérisée par l'inflammation d'une vésicule de Graaf à chaque époque menstruelle, inflammation qui tombe d'elle-même avec l'écoulement sanguin pour se reproduire de la même manière sur une autre vésicule à la période menstruelle suivante.

Cela peut se rencontrer dans quelques cas, mais l'assertion émise par moi en 1850 était simplement que l'ovarite subaiguë, consécutive à un desordre de l'ovulation, constitue une maladie de longue durée, sujette à des exacerbations pendant l'écoulement des règles. Je suis obligé de désavouer cette erreur d'interprétation commise par Aran, car elle a été copiée dans son livre par Courty et Scaglia.

Ces opinions sur l'ovulation morbide me portaient à adopter 1 terme de vésiculite employé par Négrier. Mais bien qu'il s'applique avec justesse aux premières périodes de l'ovarite, ce serait une erreur de supposer que l'inflammation se limite aux vésicules. Elle s'étend au stroma et peut l'altérer au point qu'il devient impossible de dire si les parois d'un abcès sont formées par l'enveloppe de la vésicule ou par le stroma. L'affirmation de Négrier qu'un abcès de l'ovaire est de peu d'importance, sauf

quand il se développe dans une vésicule, est absolument démentie par les faits observés depuis.

(Traduit de l'anglais par le Dr Danlos.)

(*A suivre.*)

DE LA SUTURE ÉLASTIQUE DE L'UTÉRUS

DANS L'OPÉRATION CÉSARIENNE,

Par le professeur Stoltz,
Doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

M. le professeur Stoltz, dont un autre journal se flattait naguère de s'être assuré la collaboration, vient de publier dans la *Gazette obstétricale de Paris*, sous forme de lettre datée du 20 février 1874 et adressée à notre distingué confrère le Dr Verrier de Villiers, un très-remarquable article *sur la suture élastique de l'utérus dans l'opération césarienne.* Nos lecteurs nous sauront gré de reproduire toute la partie scientifique de cette intéressante étude.

« Vous m'avez invité, dit M. Stoltz, à vous communiquer ma façon de penser sur le nouveau cas d'opération césarienne que vous avez publié dans le n° 3 de votre *Gazette obstétricale* et que vous avez sans doute emprunté à un journal italien (1).

« L'enseignement capital qui ressort de l'observation que vous avez reproduite est, que la suture de la plaie utérine est *possible*, qu'elle n'entraîne pas à plus de danger que la suture abdominale, et que les fils dont on s'est servi pour pratiquer la suture peuvent être abandonnés dans la cavité du ventre sans qu'il en résulte nécessairement des accidents graves.

« En faisant abstraction du traumatisme, l'épanchement du sang dans la cavité abdominale par la plaie utérine est une des causes les plus fréquentes d'insuccès. Or, il est reconnu, et je le sais par expérience, que l'ouverture faite à l'utérus n'a aucune tendance à se fermer, quelque énergiquement qu'il se contracte ; elle devient *prismatique* tout au plus, c'est-à-dire que les bords de la couche musculo-fibreuse interne se rapprochent, mais ceux de la couche externe et de l'intermédiaire restent écartés; que la plaie utérine, dans les cas ordinaires n'est qu'obturée par le paquet intestinal, l'épiploon ou la paroi abdominale elle-même, qui y adhèrent, et que le vide est imparfaitement rempli par une exsudation sanguine plastique. Plus d'une

---

(1) Opération césarienne avec suture élastique des parois de l'utérus, par le Dr Grandesso-Silvestri (*l'Osservatore, Gazetta delle cliniche,* novembre 1878).

fois cette plaie est restée fistuleuse pendant des mois et des années, et a donné issue à une partie du liquide menstruel.

« Il s'agit de savoir si, en réunissant les lèvres de la plaie utérine par la suture, on pourra arriver à de meilleurs résultats; à empêcher notamment l'épanchement des lochies dans le ventre; à prévenir des adhérences, des ouvertures fistuleuses et à laisser la matrice libre et mobile comme elle doit l'être pour le libre exercice de ses fonctions.

« De nombreuses observations constatent qu'une femme délivrée par la gastro-hystérotomie peut redevenir enceinte. Si on en a vu qui sont alors arrivées à terme, même après une deuxième ou une troisième opération, on a aussi souvent observé des avortements causés par les adhérences qu'avaient contractées l'utérus, la rupture de la cicatrice utérine trop mince, trop déliée pour résister suffisamment, suivie du passage de l'œuf dans l'abdomen et plus souvent encore la rupture simultanée de la cicatrice de la matrice et de celle du ventre, à une époque plus ou moins avancée de la nouvelle grossesse.

« L'idée de la suture de la plaie utérine n'est pas tout à fait nouvelle. Au dire de Lauverjat, Lebas l'avait exécutée avec un plein succès; cependant l'auteur du *Traité de l'opération césarienne* ne l'approuve pas. Baudelocque dit que la réunion de la plaie utérine doit être l'*ouvrage de la nature*, et tous nos auteurs classiques la passent sous silence ou la condamnent. En 1835, un praticien allemand, Wiesel de Gülsenbusch, la fit à la suite d'une opération césarienne pratiquée sur une femme rachitique. Il attendit que la perte du sang eût cessé, puis, le doigt indicateur de la main gauche soulevant l'angle supérieur de la plaie utérine contre la plaie abdominale, il saisit de la main droite une aiguille courbe, munie d'un fil d'une demi-ligne de largeur et lui fit traverser le tissu de la matrice à un centimètre et demi du bord de la plaie, et ressortir à quelques lignes du bord inférieur de la lèvre; l'autre bord fut percé de l'intérieur à l'extérieur dans les mêmes conditions. Il pratiqua alors un nœud simple d'abord, puis un second en rosette, coupa un des chefs du fil et conserva l'autre qu'il plaça dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. Wiesel n'a pratiqué qu'un point de suture; aussi remarqua-t-il que, si la partie supérieure de la plaie était bien réunie, l'inférieure était restée béante, ce qu'il attribua à une contraction inégale de la matrice (!). Le huitième jour la plaie abdominale était fermée jusqu'à son angle inférieur. Wiesel songea alors à enlever le point de suture utérine. Des tractions exercées sur ce point au moyen du chef placé dans la plaie du ventre ne réussirent pas à ouvrir le nœud. Les jours suivants on fit de nouvelles tentatives, mais en vain. Le quatorzième jour la matrice n'ayant plus que le volume du poing, et le point de suture de la matrice ne voulant toujours pas céder, Wiesel passa le chef du fil dans les deux ouvertures d'une algalie en argent et poussa

le bec de celle-ci jusqu'au nœud, puis il glissa un bistouri boutonné de Pott le long de la sonde jusqu'à l'anse du point de suture qu'il divisa sans difficulté; il retira alors la sonde avec le fil. Le vingt-deuxième jour, la plaie abdominale était complètement fermée. — Je suis entré dans ces détails sur la manière dont a procédé Wiesel pour placer et pour retirer le point de suture parce qu'elle est à imiter dans beaucoup de points.

« En 1840, Godefroy a pratiqué l'opération césarienne avec *suture de la matrice* (*Gazette des Hôpitaux*, 1840).

« En 1867, le Dr Sibelli, de Naples, envoyait à l'Académie de médecine de Paris un nouvel instrument *pour la suture de l'utérus.* Nous n'en savons pas plus long. En 1873, la suture utérine fut pratiquée par Fourrier (de Compiègne), avec un plein succès (*Bulletin de thérap. médic. et chir.*, 15 février, p. 108), et par Gürtler (*Arch. f. Gynæcol.*, t. V, p. 365), tout aussi heureusement. Il existe probablement d'autres observations qui m'ont échappé.

« Le genre de suture employé par les praticiens, dont j'ai cité les observations, a été celui *à points séparés.* Spiegelberg a proposé la suture à *surjet.* Quant au fil dont on s'est servi, c'était tantôt du fil de lin, tantôt du fil de soie. L'opérateur, dont vous avez reproduit le fait intéressant, a fait usage du *fil élastique* (de petits cordons en gomme élastique revêtus de soie, tels qu'on les trouve dans le commerce). On a aussi proposé le fil métallique (d'argent). La substance utérine, épaissie et ramollie, par suite des modifications qu'elle a subies par l'effet de la grossesse, se laisse facilement déchirer; il faut donc que les fils embrassent une certaine épaisseur de tissu. Avec le fil métallique, on réunit solidement et on a moins à craindre la rupture des tissus. Je l'ai employé, car, moi aussi, j'ai fait la suture utérine (en 1869), à la suite d'une gastro-hystérotomie indiquée par obstruction du bassin par une tumeur fibreuse, mais mon opérée n'a survécu que quarante-huit heures. Le Dr Valentinotti croit que Grandesso-Silvestri a été mieux inspiré en se servant de *fil élastique,* susceptible de céder et de se raccourcir, suivant les circonstances, et c'est à cette espèce de fil qu'il attribue en grande partie le succès de l'opération.

« Il est hors de doute pour moi, dit-il, que la suture élastique con-
« tribua plus que toute autre chose au succès de l'opération, il était
« juste de ne pas pratiquer, *jusqu'à présent*, la suture des parois utéri-
« nes, parce que le fil ordinaire aurait été inutile, si ce n'est nuisible,
« alors que la matrice, en revenant sur elle-même, aurait laissé le fil
« relâché et sans efficacité. Mais le fil élastique, en suivant la rétrac-
« tion de l'organe, tient constamment en rapport les bords de la bles-
« sure, en facilite par cela même la réunion... etc.»

« J'ai fait voir que la suture a été pratiquée avant que Grandesso y

eût recours; qu'elle a, en outre, parfaitement réussi avec du fil non élastique. L'auteur se fait probablement illusion, car le fil élastique cède parfaitement à la chaleur et à l'humidité, autrement il couperait les tissus qu'il a embrassés, comme le prouve son usage dans l'ablation des tumeurs.

« Quand on a fait la suture de la plaie utérine, ne faut-il pas aussi songer à enlever, à un certain moment, les fils qui ont servi à la pratiquer? Pour cela, les chefs, ou un des chefs au moins de la suture à points séparés, doit être placé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, Spiegelberg a imaginé la suture à surjet afin de pouvoir retirer le fil qui a servi à l'opération au moyen du chef inférieur qu'il aurait fait passer par le vagin, et laissé pendre au dehors de la vulve. Dans le cas où les chefs sont placés dans l'angle inférieur de la plaie abdominale, celle-ci ne peut être fermée complètement, tandis qu'avec la suture à surjet, elle pourrait l'être. Mais est-il absolument nécessaire d'enlever les points de suture séparés; ne pourrait-on pas les abandonner dans le ventre au hasard de la nature?

«Il existe un certain nombre d'observations qui tendent à le prouver. Ce sont les ovariotomistes qui ont mis sur la voie en faisant les premières expériences heureuses sur la femme. Baker Brown et Tyler Smith ont, le premier cautérisé le pédicule de la tumeur ovarique avec le fer rouge au point d'occasionner une eschare sèche (corps étranger) qu'il a abandonnée dans le ventre; le second y a laissé la ligature dont il avait étreint le pédicule. D'autres (Spiegelberg et Waldeyer) ont fait des expériences sur les animaux dans le but d'apprendre ce que produiraient des ligatures abandonnées dans les tissus et dans la cavité péritonéale, et n'ont pas observé d'accidents d'une certaine gravité. Enfin les faits qui parlent le plus en faveur de l'innocuité relative des points de suture perdus de la matrice sont ceux de Gürtlen et de Grandesso-Silvestri. Ces opérateurs ont tous deux fait connaître des cas de succès complet de cette espèce de suture. On peut se demander ce que deviennent ces fils, et si leur abandon dans les tissus vivants est toujours innocent! Une expérience plus souvent répétée pourra seule nous l'apprendre. Il est difficile de croire qu'ils se dissolvent et qu'ils sont absorbés. En tout cas il sera prudent d'en laisser le moins possible, et, comme condition essentielle de réussite, les expérimentateurs sur les animaux conseillent de fermer de suite et hermétiquement la plaie abdominale. La nature du fil pourrait-elle influer sur la réussite? Le fil de soie, de provenance animale aurait-il plus de chance d'être dissous et absorbé? C'est pour le moins, probable.

« En résumé, quand on aura prouvé par des observations nouvelles et assez multipliées qu'on peut appliquer avec succès la suture à la plaie utérine, après l'opération césarienne, on aura fait faire un grand

pas aux chances heureuses d'une opération dont on ne se passe qu'au prix de l'existence d'un grand nombre d'individus de notre espèce.

« Je ne sais, monsieur et honoré confrère, si j'ai répondu selon votre désir à l'invitation que vous m'avez adressée. Je ne veux cependant pas laisser passer l'occasion de louer les efforts que vous avez faits jusqu'à présent pour répandre en France le goût de la gynécologie, en général, par l'initiative que vous avez prise de la publication d'un journal spécial qui a éveillé l'attention de ceux qui poursuivent des études identiques aux vôtres; la meilleure preuve en est que vous vous êtes créé immédiatement d'assez nombreuses rivalités. »

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL SAINT-LOUIS.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR HARDY.

Pemphigus syphilitique avec lésion du foie chez un nouveau-né. — Immunité de la mère. — Mort. — Autopsie. — Observation recueillie par M. Georges Mailhetard, externe du service.

Marie B... âgée de 22 ans, domestique, célibataire est entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Hardy, salle Saint-Ferdinand nº 13, le 19 janvier 1874, pour y faire ses couches.

D'une bonne santé habituelle, avec une menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans, et enceinte pour la première fois, cette femme affirme *n'avoir jamais eu d'éruption* soit sur le corps, soit aux parties génitales, et, par l'examen direct, nous ne trouvons aucun signe de syphilis, ni taches, ni cicatrices indiquant d'anciennes lésions spécifiques. Elle vit depuis quatre ans avec le père de son enfant, et dit que pendant tout ce temps elle ne s'est pas aperçue qu'il fût malade.

Bien qu'elle ne soit pas à terme, puisque ses dernières règles sont encore venues il y a sept mois pour la dernière fois, elle accouche à dix heures du soir, le 19 janvier d'un garçon en première position, présentation du sommet.

Cet enfant né à sept mois, est petit et grêle, il a le ventre un peu gros et le teint d'un jaune brun ; son poids n'a pas été pris

au début, mais il devait être peu considérable. Aux extrémités, principalement à la plante des pieds et à la paume des mains, on constate une éruption caractérisée par des bulles d'une grosseur d'un pois, et contenant un liquide séro-purulent.

Ces bulles sont en petit nombre, elles siégent principalement aux talons, à l'extrémité des orteils, et à leur face plantaire, ainsi qu'aux mains sur l'éminence thénar et l'extrémité des doigts. Le reste du corps ne présente aucune trace de l'éruption qui paraît bornée aux extrémités. Cette éruption, qui existait au moment de la naissance, et dont le développement avait dû se faire pendant les derniers moments de la vie intra-utérine, ne peut être ratachée qu'au *pemphigus neo-natorum*, affection que plusieurs auteurs ont rattachée à la syphilis héréditaire.

21 janvier. — L'enfant présente les mêmes lésions et le même aspect extérieur que le jour de sa naissance, il est montré à M. le professeur Hardy qui nous dit que cet enfant est atteint de pemphigus, maladie qui se développe ordinairement sous l'influence de la syphilis, et que le petit malade très-problement ne survivra pas longtemps, car tous les enfants qu'il a vus dans ces conditions sont morts peu de jours après leur naissance; excepté deux qu'il a vus guérir sous l'influence d'un traitement mercuriel. Le moyen qui lui a le mieux réussi consiste à faire frictionner l'enfant avec de l'onguent napolitain. M. Hardy ordonne en conséquence de frictionner chaque jour l'enfant avec 1 gramme de cette substance, un jour d'un côté du corps et le lendemain de l'autre.

Le 23. Le petit malade crie dès qu'on le touche; il paraît dépérir, on le nourrit en lui faisant boire du lait avec une cuiller, car la mère ayant le mamelon trop petit, il ne peut prendre le sein; elle ne paraît pas du reste bien disposée à le nourrir, craignant probablement de prendre la maladie de son enfant.

Le 24. Les bulles de pemphigus sont presque complètement affaissées, le pus s'est résorbé et l'épiderme qui les formait est déchiré; à ce niveau, le derme a une couleur violacée. Il s'est en outre développé depuis hier une éruption, qui occupe surtout

les fesses et le pourtour de l'anus ; elle est caractérisée par des vésicules développées sur une surface rouge, et remplies de sérosité. Une fois crevées, elles laissent à leur place une petite ulcération ronde, superficielle, d'un rouge violacé. Cette éruption, qui n'est qu'une syphilide vésiculo-bulleuse, ne se rencontre que chez les petits enfants, la face même des pieds et des mains présente un aspect luisant et une couleur d'un rouge spécial. Dans différents points du corps, à la figure et au tronc, on observe aussi deux ou trois plaques d'un rouge violacé, un peu élevées, peu caractérisées. Toutes ces lésions sont autant de signes de syphilis infantile.

L'enfant maigrit beaucoup; il est pesé pour la première fois et son poids s'élève à 1,955 grammes. Les frictions avec l'onguent napolitain sont continuées, on ne fait rien autre chose.

Le 25. Poids 1,945 grammes, l'enfant a perdu 10 grammes depuis la veille.

Le 26. Poids 1,890 grammes, l'enfant a perdu 55 grammes. Il n'a pas encore de diarrhée, ses fonctions digestives sont régulières, l'enfant boit avec une cuiller. Le pemphigus a disparu, il ne reste plus à la place qu'une légère desquamation. Les ulcérations du pourtour de l'anus ont meilleur aspect, les taches du corps se sont affaissées ; la maladie paraît s'enrayer sous l'influence du traitement.

Le 27. Même état que la veille, le poids a augmenté, il est de 1,910 grammes, il y a 20 grammes d'augmentation.

Le 28. Poids 1,850 grammes. Perte 60 grammes.

Le 29. Poids 1,760 grammes. L'enfant a perdu dans les dernières vingt-quatre heures 90 grammes. Il maigrit considérablement et s'affaisse peu à peu, il boit peu de lait et crie dès qu'on le touche.

Le 30. Poids 1,640 grammes. L'enfant a perdu cette fois plus que jamais, 120 grammes. Un nouveau symptôme, de mauvais augure, se manifeste ce jour-là; c'est la diarrhée qui vient augmenter la débilitation déjà très-grande de l'organisme de cet enfant. L'amaigrissement est extrême, les côtes se dessinent facilement sous la peau, les yeux sont excavés, les pommettes saillantes, la peau est brunâtre, le rectum est entouré d'une

vaste ulcération superficielle résultant de la réunion des petites ulcérations déjà signalées; dans différents points du corps, on observe aussi quelques ulcérations semblables; il n'y a pas de muguet dans la bouche.

Le 31. Poids 1,492 grammes. Perte 148 grammes, l'enfant est mourant, il n'a même plus la force de crier, la diarrhée a continué depuis la veille.

1er février. Le petit malade est mort le 31 dans la journée, douze jours après sa naissance.

L'autopsie, faite vingt-trois heures après la mort, nous permet de constater les lésions suivantes :

Le foie présente extérieurement son volume, sa forme et sa couleur normales, sa consistance est augmentée, il est plus ferme et se laisse pénétrer plus difficilement. Sur des coupes pratiquées dans les différentes parties de l'organe, on observe en assez grande quantité, des masses, de volume variable, d'un tissu blanc grisâtre, assez dur et ressemblant beaucoup à du tissu fibreux un peu dense; ces masses fibreuses envoient des prolongements qui circonscrivent des ilôts de tissu hépatique non altéré, et sur les limites de ces masses, les deux tissus paraissent se confondre.

L'examen microscopique de ces différentes parties montre que les masses fibreuses, dont il vient d'être question, sont essentiellement constituées par des fibres de tissu conjonctif très-serrées, ce qui leur donne cette consistance fibreuse; les vaisseaux paraissent y exister en moins grande quantité, et ceux que l'on y voit sont rétrécis. Le tissu hépatique entouré par ces masses fibreuses présente sa structure normale.

Les autres organes : *thymus*, *cœur*, *poumons*, *rate*, *reins*, ne présentent aucune altération. La *muqueuse intestinale* est seulement hyperémiée et ne présente aucune ulcération. La cavité crânienne n'a pas été ouverte.

Les *reins* sont au nombre de trois, deux situés normalement, et le troisième en travers sur la colonne lombaire est uni par ses extrémités aux extrémités supérieures des deux autres, au moyen de tissu conjonctif peu serré, de sorte que l'ensemble de ces trois reins présente la forme d'un fer à cheval ouvert en

bas. Le rein présente deux uretères qui communiquent, avec chacun des uretères des reins normaux.

La mère quitte l'hôpital le 5 février, *sans avoir présenté aucune manifestation syphilitique de quelque nature que ce soit.*

RÉFLEXIONS. — De cette observation, nous pouvons faire ressortir les considérations suivantes :

1° La syphilis héréditaire se manifeste chez les nouveau-nés, par l'existence simultanée de lésions qui correspondent aux accidents secondaires et tertiaires de la syphilis chez l'adulte.

2° La lésion du foie paraît tenir à une hypertrophie du tissu conjonctif de cet organe, laquelle par son développement a refoulé et pris la place des lobules hépatiques; on a alors affaire à une cirrhose syphilitique.

3° La nature syphilitique du pemphigus neo-natorum ne saurait être contestée.

4° Enfin, l'hérédité paraît venir dans ce cas du père et non de la mère, puisque nous n'avons pu trouver chez cette dernière aucune trace de l'infection vénérienne.

La nature du pemphigus ne saurait en effet être contestée : si nous considérons d'un côté que l'enfant est né avant terme à 7 mois, que dès le début il a commencé à maigrir, a perdu ses forces, a diminué de poids et de volume, diminution qui, allant tous les jours en augmentant, a fini par jeter l'enfant dans le cachexie la plus profonde, et par amener sa mort; si d'un autre côté nous considérons le siége exclusif du pemphigus à cet âge, aux mains et aux pieds, la couleur violacée de la peau, la présence du pus dans les bulles, la nature caractéristique des autres éruptions et les lésions du foie que nous avons observées chez cet enfant, nous sommes portés à voir là, non une simple coïncidence, mais bien une des manifestations de la syphilis constitutionnelle.

Enfin, pour terminer, remarquons que, tandis que beaucoup de médecins, parmi lesquels on pourrait citer Trousseau, Diday, pensent que la transmission de la syphilis à l'enfant par le père, la mère restant saine, est un cas fréquent, d'autres, au contraire, aussi compétents que les premiers,

Cullerier, Notta, admettent que la syphilis de l'enfant n'est due qu'à l'influence de la mère, le père y restant tout à fait étranger ; remarquons, dis-je, que notre observation vient confirmer la première opinion.

Sans nier donc la transmission de la syphilis par la mère, le père y restant étranger, nous sommes portés à croire que, dans certains cas, le contraire peut avoir lieu ; c'est aussi l'avis de notre cher maître, M. le professeur Hardy, auprès duquel nous avons puisé ces idées.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Guérison du rachitisme chez les enfants par l'usage du lait de chienne. — M. Devilliers, qui avait été délégué par la Commission de l'hygiène de l'enfance pour la représenter au Congrès médical de Marseille, rend compte des travaux et des actes de ce Congrès, ouvert le 2 février dernier.

M. Devilliers rapporte qu'une des communications les plus intéressantes qui aient été faites au Congrès de Marseille, est celle du Dr Renaud, de Montbrun-les-Bains, sur le rachitisme produit chez les jeunes chiens par l'usage du lait de femme et sur la guérison des jeunes enfants rachitiques par l'usage du lait de chienne : le fait serait expliqué d'ailleurs par les différences de composition entre le lait de femme et le lait de chienne. D'après les analyses de M. Jacquemier, tandis que le lait de femme contient seulement pour 1,000 parties, 26,66 de beurre, 39,24 de caséine et matières extractives, 1,38 de sels, le lait de chienne renfermerait 97,20 de beurre, 117 de caséine et matières extractives, 13,50 de sels.

M. Depaul appuie l'observation de M. Renaud sur l'action désastreuse du lait de femme chez les très-jeunes chiennes. Il a vu en effet ces animaux prendre de la diarrhée, dépérir rapidement et succomber en deux ou trois semaines, lorsqu'ils sont nourris avec du lait de femme, comme cela se pratique quelquefois lorsque ces chiens servent à former les bouts des seins chez les femmes où ces organes sont peu développés. (Séance du 17 février 1874.)

Rapport général sur les prix décernés pour l'année 1873, par M. Henri Roger, secrétaire annuel. — Ce rapport, fait avec un talent re-

marquable par M. Roger, est mis, par le rapporteur, sous la protection de deux noms chers à l'Académie, ceux de Gerdy et d'Huguier, *sub umbra alarum.* — Nous n'en extrayons que les parties qui se rattachent plus spécialement à la gynécologie.

M. Roger, rappelle ensuite le legs fait l'année passée à l'Académie par Vulfranc Gerdy, puis celui plus récent de Madame Huguier en mémoire de son mari.

« Notre collègue, M. Huguier, dit le rapporteur, avant de succomber à la douloureuse affection pour laquelle il avait cru de son honneur de chirurgien de subir une opération que, plus d'une fois il conseilla aux autres, avait eu l'intention de fonder un prix académique. La mort a empêché la réalisation de son désir ; mais sa veuve, Madame Huguier, a fait don à l'Académie d'une rente annuelle de 1,000 francs, à l'effet de décerner un prix triennal au meilleur travail sur un sujet relatif aux *maladies des femmes* et au *traitement chirurgical* de ces affections, et à défaut d'un travail de cette nature, à l'auteur du meilleur ouvrage de *chirurgie pratique* publié dans ces trois années.

« Madame Huguier est une de ces nobles femmes qui pensent que le meilleur moyen de montrer leur réelle douleur et de la soulager à la fois, est d'accomplir, leur mari mort, les vœux qu'il avait faits vivant.

« Par ce legs à l'Académie, destiné à récompenser des travaux qui ont longuement occupé et en même temps honoré son époux, elle reste, même après la séparation, en communion d'idées avec lui ; il semble qu'elle veuille perpétuer cette union heureuse où, suivant l'expression de Montaigne : «La société, tout le temps qu'elle a duré, « a été loyale et douce. »

« Je me souviens avoir entendu M. Coquerel, devant la dépouille mortelle de Moquin-Tandon, s'écrier dans les adieux suprêmes : « Non, le savant illustre n'est pas mort ; son esprit s'est envolé vers « des mondes plus vastes et y continue ses travaux, il y accomplit des « œuvres plus grandes. »

« Ne puis-je dire aussi, non, Huguier et Gerdy ne sont pas morts tout entiers ; ils se survivent par delà le tombeau, dans les continuateurs qu'ils se sont donnés.

« La femme paye souvent bien cher les félicités maternelles ; elle a, suivant la loi biblique, enfanté dans la douleur, et parfois encore la douleur s'assied à son chevet pendant de longues années. C'est à la guérison d'une des plus tristes infirmités consécutives à l'accouchement qu'est consacré l'ouvrage spécial de M. le Dr Deroubaix, chirurgien de l'hôpital Saint-Jean de Bruxelles ; l'Académie décerne à l'auteur de ce savant ouvrage (*Traité des fistules uro-génitales*) une *récompense* de 1,000 francs sur le *prix Itard.* »

M. Roger, passant ensuite en revue les divers prix qui ont été distribués par l'Académie, parle du *prix Capuron*, pour lequel, dans un concours précédent, aucun mémoire n'avait été envoyé. « La commission académique, dit l'auteur du rapport, avait décidé de laisser toute latitude aux travailleurs, et le prix, d'une valeur de trois mille francs, devait être adjugé au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque d'obstétrique. Mais voici que ce système libéral n'a guère mieux réussi ; quatre mémoires ont bien été présentés à la commission, mais aucun ne lui a semblé mériter récompense. Elle est d'avis pourtant de recommencer l'épreuve, et pour le concours de 1874, liberté absolue est encore laissée aux concurrents, dans l'espérance qu'ils en useront cette fois avec plus de succès. »

« Un seul compétiteur s'est présenté pour le *prix Barbier* ; auteur d'un mémoire qui rentrait parfaitement dans le programme (les *indications et contre-indications de l'opération dans le cancer du sein*) ; concurrent unique, il croyait sans doute pouvoir compter sur le succès ; mais comme sa découverte en thérapeutique consiste simplement dans l'administration de l'huile de foie de morue à haute dose ; et comme, sur 22 malades, une seule, qu'il n'a pas revue, s'est trouvée guérie, la commission (ainsi que le dit son rapporteur, M. Voillemier), n'a pas jugé que ces résultats défavorables fussent un titre sérieux à obtenir un prix de 3,000 francs destiné par le baron Barbier à l'heureux inventeur d'un remède aux *maladies réputées incurables*.

«Une question qui touche au vif nos intérêts patriotiques les plus plus chers, et qui devient plus instante aujourd'hui que nous avons perdu la forte et valeureuse population d'Alsace et de Lorraine, est celle de la dépopulation de la France. Cette question a provoqué des recherches sur l'excessive mortalité des nourrissons de Paris et des enfants en bas âge ; elle a suscité un mouvement général de sympathie; des sociétés protectrices de l'enfance se sont fondées (bien après la Société protectrice des animaux !); l'Académie a créé une commission permanente de l'hygiène de l'enfance, qui a appelé à elle tous les travaux: nous allons vous dire un mot de ceux qui ont été jugés dignes de récompense.

« Parmi les ouvrages sur des questions d'hygiène infantile que M. Brochard a adressés à l'Académie, le rapporteur si compétent de la commission, M. Devillers, a distingué un mémoire intitulé : *Les enfants trouvés à Lyon et à Moscou*. Le parallèle entre les deux villes semble à M. Brochard à l'avantage de la Russie : « A Moscou, dit-il, toutes les « précautions sont prises pour conserver à la ville les enfants trouvés, « les élever physiquement avec soin, et même leur donnner une éducation morale. »

« Au temps de notre gloire et de notre présomption, nous parlions

volontiers et presque abusivement « des institutions que l'Europe nous enviait ; » maintenant, par un trop humble retour sur nous-mêmes, il ne faut pas non plus envier à l'Europe ni à la Russie, des règlements de nourrices (fussent-ils édictés par la grande Catherine), qui condamnent à l'amende ou la prison des nourrices convaincues d'avoir « allaité au petit pot un enfant trouvé, avant l'époque officielle du sevrage. »

« Quoi qu'il en soit, comme ce travail a de l'intérêt, comme M. Brochard a de plus envoyé à l'Académie un *Guide pratique de la jeune mère*, un livre intitulé : *L'Ouvrière mère de famille*, et enfin une publication périodique qu'il a fondée le *Journal de la jeune mère*, l'Académie lui alloue une récompense de 300 francs.

« M. le docteur Monot (de Montsauche) est déja connu pour un laborieux défenseur de la cause de la première enfance; le mémoire qu'il a adressé à l'Académie est consacré surtout à faire connaître et à comparer entre elles les six *Sociétés protectrices de l'enfance* de Paris, Lyon, Tours, le Havre, Pontoise, Marseille. On sait que le but de ces Sociétés est de diminuer la mortalité des jeunes enfants, d'encourager l'allaitement maternel et de moraliser l'industrie des nourrices. M. Monot prouve par la statistique que, depuis le fonctionnement des Sociétés, la mortalité des nourrissons a diminué, et qu'en même temps, dans les villes où, comme à Lyon et à Paris, on distribue des secours en argent et en nature aux mères pauvres qui savent rester mères et nourrices, le chiffre des infanticides s'est abaissé, et aussi celui de la mortalité des enfants illégitimes.

« Le but et le résumé de ce travail est de réclamer l'intervention de l'État dans la protection de l'enfance.

« L'académie qui a déjà honoré M. Monot (de Montsauche), d'une *médaille d'or* pour ses nombreux travaux antérieurs, lui en décerne une seconde de la valeur de 500 francs pour ses travaux récents ; et, afin d'ajouter à la satisfaction que cette juste récompense lui donnera sans doute, nous lui annoncerons qu'une commission de l'Assemblée nationale a déjà commencé la discussion du projet de loi présenté par notre collègue M. Th. Roussel sur la protection officielle des nouveau-nés, et que le vote en aura probablement lieu en 1874.

« Ne semble-t-il pas, a écrit Rousseau, que l'enfant ne montre une « figure aussi douce et un air si touchant, qu'afin que tout ce qui l'ap« proche s'intéresse à sa faiblesse et s'empresse à le secourir? » La commission académique de l'hygiène de l'enfance, les travailleurs qu'elle récompense en ce jour, et aussi M. le ministre de l'intérieur qui, cette année encore, vient d'allouer une somme de 2,000 francs à la commission pour l'accomplissement de son œuvre tutélaire, se sont inspirés de la pensée du grand philosophe. Serais-je impie envers sa mémoire si j'ajoutais qu'on a pris ces éloquentes paroles plus au sé-

rieux qu'il n'avait fait lui-même, car on sait que l'auteur d'*Emile* abandonna bien vite à l'Etat l'éducation de ses enfants.

« Ce n'est pas seulement l'enfance que protége la *Commission de vaccine*, c'est aussi la santé des populations : les vaccinations et les revaccinations les préservent du fléau de la variole. L'Académie partage un prix de 1,500 francs entre trois lauréats : MM. les docteurs Lalagade (d'Albi) et Pingault (de Poitiers), pour des rapports étendus et très-bien faits sur le *service de la vaccine*, et M. Poulet, médecin à Plancher-les-Mines, pour un important mémoire sur la *variole*. La même commission expose qu'elle aurait demandé aussi une médaille d'or pour MM. Leduc (de Versailles), Morderet (du Mans), et Fouquet (de Vannes), s'ils n'avaient épuisé déjà toute la série des récompenses académiques (1).

M. le président donne lecture du programme des prix proposés pour l'année 1874 et pour l'année 1875.

(1) Il est à remarquer que plusieurs des prix de l'Académie n'ont pu être distribués cette année, faute de candidats ou parce que les travaux envoyés n'ont pu être jugés dignes d'une si haute récompense. Ce fait, qui se reproduit trop souvent, témoigne de l'organisation défectueuse de ces concours et de la nécessité de remédier aux vices de cette organisation par d'importantes réformes. Déjà l'Académie a réalisé un progrès réel en renonçant, comme elle l'a fait pour le prix Capuron, à poser une question et en laissant les concurrents libres de traiter chacun un sujet de son choix. Le résultat obtenu cette année prouve que ce n'est pas encore assez et qu'il faut aller plus loin encore dans cette voie libérale, en suivant l'exemple de M. Huguier, qui dispense les candidats de présenter eux-mêmes leurs travaux, et donne à l'Académie la mission de chercher elle-même, partout où ils peuvent se trouver, ceux qui sont dignes de ses encouragements et de ses récompenses. Sur les seules questions afférentes au concours du prix Capuron, nous pourrions citer plus de vingt travaux importants, parmi ceux qui ont été publiés pendant les deux années qui viennent de s'écouler, et qui eussent mérité son attention. L'Académie devrait s'inquiéter de savoir pourquoi les auteurs n'ont pas sollicité les prix qu'elle dispense, et si c'est seulement par excès de modestie, elle devra tenir à honneur d'inscrire leurs noms sur la liste de ses lauréats. Quand il lui sera permis de procéder ainsi, elle verra s'accroître, dans une proportion considérable, la part d'influence qu'elle a le droit d'exercer sur le mouvement scientifique. Mais, en encourageant ainsi les travailleurs, elle fera bien d'éviter de trop multiplier ses encouragements en partageant ses prix en un nombre de parts souvent infimes, qui, sous prétexte de contenter un plus grand nombre de personnes, froissent parfois des fiertés fort respectables. Il est souvent difficile de se prononcer entre deux mérites à peu près égaux, mais il est des circonstances dans lesquelles il faut absolument se résoudre à le faire, et c'est le devoir qui incombe à l'Académie, laquelle est chargée de décerner un prix au MEILLEUR ouvrage fait sur un sujet déterminé. (*Note de la rédaction*).

PRIX POUR 1874.

Prix Portal (2,000 francs). — Au meilleur mémoire sur une question d'anatomie pathologique.

Prix Rufz de Lavison (2,000 francs). — « Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation. »

PRIX POUR 1875.

Prix Portal (2,000 francs). — Sur un sujet quelconque d'anatomie pathologique.

Prix Capuron (3,000 francs). — Au meilleur travail inédit sur un sujet quelconque de la science obstétricale.

Prix Godard (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

Prix proposé par la Commission de l'hygiène de l'enfance (1,200 francs). — « Déterminer les chiffres de la mortalité des enfants de zéro jour à un an.

« 1° Suivant les âges, c'est-à-dire de semaine en semaine, pendant le premier mois; puis de un à trois mois, de trois à six, de six à neuf, de neuf à douze mois;

« 2° Suivant le sexe;

« 3° Suivant l'état civil;

« 4° Suivant les lieux, c'est-à-dire par département, et dans les plus grandes villes;

« 5° Suivant les mois de l'année. »

Les mémoires pour les prix à décerner en 1874-1875 devront être envoyés, sans exception aucune, avant le premier mois de la même année. Ils devront être écrits en français ou en latin et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les nom et adresse des auteurs.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours (Séance du 17 mars 1874).

Fœtus acéphale. — M. Depaul met sous les yeux de l'Académie une pièce pathologique relative à un cas d'*acéphalie*, qui lui a été communiquée par M. le Dr Monribot, et a été disséquée par M. le Dr Martel, chef de clinique.

Ce fœtus acéphale, dont la naissance remonte à dix ou douze jours, est le produit d'une grossesse gémellaire qui n'avait rien offert de particulier Il vint au monde vingt-cinq minutes environ après la naissance d'un enfant bien conformé. Son poids était de 1,750 grammes et sa longueur de 31 centimètres.

L'examen de la pièce permet de ranger le fœtus dans la première des trois classes des monstres acéphales de Geoffroy Saint-Hilaire, celle des *acéphales proprement dits*, caractérisés par l'absence de la tête et la persistance des membres supérieurs et inférieurs plus ou moins altérés dans leur forme.

La colonne vertébrale est complète; elle est fermée à la partie supérieure, où elle se termine par un prolongement cartilagineux assez analogue à l'appendice coccygien.

La cavité thoracique existe, mais elle est réduite presque à rien par l'absence du cœur et des poumons qui est, du reste, la règle dans cette espèce de monstruosité.

La partie thoracique de la colonne vertébrale est atteinte de scoliose. On voit le long de sa partie interne un gros vaisseau artériel (l'aorte) qui se bifurque à son extrémité supérieure pour fournir aux deux membres supérieurs, de même que l'aorte abdominale se bifurque à son extrémité inférieure pour fournir aux deux membres inférieurs

Dans la cavité abdominale, on trouve un intestin complet divisé en petit et gros, y compris le cæcum et son appendice iléo-cæcal. Cet intestin contient un méconium particulier de couleur grisâtre, rassemblé surtout à la partie inférieure du canal terminée en ampoule; on ne trouve pas dans le méconium les éléments de la bile, ce qui s'explique par l'absence totale du foie.

Les glandes rénales manquent également.

A la fin de l'intestin, on observe une espèce de cloaque dans lequel s'ouvrent à la fois l'intestin, la vessie rudimentaire, mais reconnaissable à la présence de l'ouraque, et, enfin, des rudiments de matrice et de vagin aboutissant à une sorte de fente vulvaire assez irrégulière.

Le cordon ombilical renferme deux artères et une veine, comme dans le fœtus normal. La veine ombilicale, vu l'absence du foie, se dirige vers la partie supérieure de l'intestin, à la surface duquel elle se ramifie; des ramifications artérielles parties de l'aorte viennent également se répandre à la surface de l'intestin, en se mélangeant avec les ramifications veineuses, ce qui explique comment il a pu y avoir action et réaction réciproque du sang artériel sur le sang veineux, qui ont permis l'entretien de la vie des organes de ce petit monstre.

Les mains sont complètes; il existe deux pieds-bots *varus* munis d'orteils incomplets. (Séance du 7 avril 1874, *L'Union médicale*.)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Tératologie.— M. Ball présente un cas de tératologie chez un sujet vivant, âgé d'environ 14 ans, et qui est une fille puisqu'elle présente

un hymen, une vulve et un vagin. Mais elle présente deux méats urinaires et un troisième membre inférieur, ayant une insensibilité presque complète.

Un seul de ces membres est régulièrement conformé ; d'où une certaine gêne dans la marche, et la claudication à cause de la disproportion des membres.

L'extrémité inférieure du tronc est divisée en deux tronçons, dont l'un s'inclinant à gauche donne naissance à deux membres abdominaux qui sont ceux de l'être complet, et dont l'autre s'inclinant à droite supporte le membre unique qui est une mamelle surmontée d'un mamelon érectile parfaitement constitué.

Le membre insensible présente un abaissement notable de la température et une certaine difficulté de la circulation, d'où est résultée la production d'une eschare à sa partie postérieure.

Ictère noir chez un enfant de 18 jours. — M. Liouville présente les reins d'un enfant de 18 jours, mort à la clinique de l'Hôtel-Dieu, avec des symptômes d'ictère noir.

La vessie, les uretères, les calices étaient remplis de sang, et les tubes urinifères, comme l'a déjà signalé M. Parrot et plus récemment M. Charin, dans sa thèse, présentaient une accumulation de globules sanguins altérés, mais parfaitement reconnaissables.

De plus, les viscères, poumon, foie, rein, cerveau, offraient une couleur sépia très-accentuée. (Séance du 21 février 1874.)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Rupture spontanée de l'utérus pendant le travail de l'accouchement, par M. H. Petit, interne des hôpitaux.

La nommée R.... âgée de 35 ans, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 2 janvier 1874, dans le service de M. M. Peter, est une femme de taille moyenne, paraissant bien constituée. Elle a accouché deux fois, à terme et sans accidents; la première fois d'un enfant mort-né ; la seconde, d'une petite fille qui a maintenant 3 ans.

Elle entre à l'hôpital le vendredi 2 janvier vers 4 heures et demie du soir; elle est pâle, très-faible, et peut à peine se traîner de sa chaise au lit de travail ; elle a perdu une quantité assez considérable de sang. La respiration est fréquente, entrecoupée, le pouls accéléré et faible ; de temps en temps quelques petites secousses de hoquet. Elle nous fournit les renseignements suivants : Parvenue au terme d'une troisième grossesse, elle a commencé à sentir les premières douleurs dans la nuit de mercredi à jeudi, et le travail a bien marché

jusqu'à jeudi soir 11 heures. A cette époque, il s'est arrêté brusquement, sous l'influence de l'émotion qu'elle éprouva en voyant la sage-femme qui l'assistait s'éloigner d'elle un instant, et d'un mouvement qu'elle fit pour la retenir; l'enfant qui, dit-elle, était alors sur le point de sortir, remonta, et cessa de pouvoir être senti par le toucher. Pas de perte sanguine pendant la grossesse ni jusqu'au moment de l'arrêt du travail. On n'a pas administré d'ergot de seigle à la malade, et l'on n'a fait aucune manœuvre autre que le toucher, pendant cette première période; cette après-midi seulement, la sage-femme aurait introduit la main à plusieurs reprises dans les parties génitales, pour essayer de terminer l'accouchement.

Le ventre est très-volumineux, globuleux et assez fortement météorisé à sa partie supérieure, sans être cependant notablement tendu.

A la palpation, on sent le fœtus placé transversalement ; la tête paraît être dans la fosse iliaque gauche au-dessus de l'ombilic, on trouve les membres du fœtus mobiles et très-superficiels, comme si la paroi abdominale seule les recouvrait,

Au toucher, je rencontre d'abord dans le vagin un débris de membrane, que j'attire au dehors sans éprouver aucune résistance; ce débris est allongé, long d'une dizaine de centimètres, large de 2 à 3. Deux doigts portés aussi profondément que possible ne peuvent atteindre aucune partie fœtale. A la partie antérieure et supérieure du vagin, on sent un rebord mince, mou, qui paraît être la lèvre antérieure du col, et, un peu en arrière et au-dessous, une masse mollasse, lisse, mobile sous le doigt, que je prends pour le bord du placenta engagé dans l'orifice utérin. La dilatation du col est, sinon complète, du moins, fort avancée, à en juger par l'étendue du segment antérieur que le doigt peut explorer.

On n'entend pas les battements du cœur fœtal, d'ailleurs la sensibilité de l'abdomen ne permet pas d'insister sur leur recherche.

La malade accuse une vive douleur dans le ventre, particulièrement dans le flanc droit, et une sensation pénible de tension de la peau de l'abdomen.

En présence de ces divers signes, je pensai qu'il s'agissait là d'une rupture de l'utérus, avec passage du fœtus dans la cavité abdominale et placenta inséré sur le col ou procident dans sa cavité. Mes collègues Andral et Cadiat constatèrent les mêmes choses que moi et s'arrêtèrent au même diagnostic.

Nous fîmes prévenir aussitôt M. le docteur Guéniot, qui arriva près de la malade vers huit heures et demie. Il nous fit d'abord remarquer une légère incurvation des tibias à convexité externe, qui, jointe à ce renseignement fourni par la malade, qu'elle n'avait marché qu'à l'âge de trois ans, devait faire penser à la possibilité d'un rétré-

cissement du bassin. Le toucher confirma en effet cette prévision, en faisant reconnaître une saillie un peu exagérée de l'angle sacro-vertébral. M. Guéniot ne put non plus atteindre aucune partie fœtale ; il ne retrouva pas ce corps mou et lisse que nous supposions être le bord du placenta. Quant à la situation superficielle du fœtus sous la paroi abdominale, il la considéra comme résultant très-probablement de l'issue de celui-ci hors de l'utérus : mais il nous fit observer que la sensation que nous donnait la palpation ne pouvait être interprétée d'une façon absolument sûre dans le sens d'une rupture utérine, certains utérus étant assez minces pour que le fœtus paraisse situé presque immédiatement sous la pavoi abdominale. Il ne fit d'ailleurs qu'un examen sommaire, remettant le complément de son diagnostic au moment où il introduirait la main entière pour terminer l'accouchement.

Le pouls était petit et battait 140 à la minute ; la face était pâle, les yeux un peu cernés, le nez légèrement refroidi ; pas de vomissements ; quelques secousses de hoquet de temps à autre.

Sans se dissimuler le danger d'une intervention dans de pareilles circonstances, et l'éventualité d'une terminaison fatale avant même la fin de l'opération, M. Guéniot pensa qu'il ne fallait pas, en restant inactif, priver cette malade d'une dernière chance de salut. En conséquence, il se décida à aller chercher l'enfant avec la main, et à tenter de l'extraire par les voies naturelles ; si cette manœuvre échouait, il ferait l'opération césarienne.

Tout étant préparé, et la malade étant endormie avec le chloroforme, M. Guéniot porta la main droite dans le vagin, et constata tout d'abord l'existence d'une déchirure à droite du col utérin. Le col était vide ; la main, poussée dans la déchirure, arrivait sur des parties fœtales encore recouvertes de membranes. Après quelques instants de recherche, un pied fut saisi et rapidement amené à la vulve ; c'était un pied droit déjà un peu macéré. Les tractions exercées sur le membre correspondant n'ayant réussi qu'à le dégager jusqu'au genou, un lacs fut jeté dessus, et la main introduite de nouveau à la recherche de l'autre pied. L'extraction de celui-ci fut un peu plus laborieuse. Le tronc fut ensuite dégagé jusqu'aux aisselles par des tractions assez énergiques. Le cordon était brunâtre et flétri. Les bras, qui étaient redressés sur les côtés de la tête, furent successivement amenés au dehors, mais non sans d'assez grands efforts ; l'antérieur, qui était le bras gauche, fut de beaucoup le plus difficile, à cause de la position qu'il avait prise entre le pubis et la tête fœtale. Celle-ci offrit une résistance considérable à l'extraction ; il fallut, pour parvenir à la faire sortir, employer le crochet mousse introduit dans la bouche du fœtus, et combiner les tractions exercées sur cet instrument avec d'autres exercées sur le tronc.

L'enfant était un garçon bien conformé, paraissant à terme ; l'épiderme se détachait en larges lambeaux sur le thorax et l'abdomen, ce qui indiquait une mort remontant déjà à plusieurs jours.

M. Guéniot alla ensuite chercher le placenta, dont l'extraction ne présenta pas de difficulté, et qui vint bien complet.

Pendant toutes ces manœuvres, il s'écoula une quantité peu considérable d'eaux fortement teintées de sang.

A aucun moment, M. Guéniot n'a senti sous sa main d'anses intestinales, de telle sorte qu'il se demandait si la perforation n'aboutissait pas dans l'intervalle des deux feuillets du ligament large, décollés pour loger le fœtus, qui se serait trouvé ainsi en dehors de la cavité péritonéale. A la fin de l'opération, il nous fit remarquer, en écartant les bords de l'orifice vulvaire, une petite masse noirâtre qu'il sentait dans le vagin, et qui lui parut être une portion du col déchiré.

La malade, qui avait supporté toutes ces manœuvres aussi bien qu'on pouvait l'espérer pour son état, fut laissée sur le lit où elle avait été opérée ; le ventre fut recouvert d'alèzes chaudes, et l'on prescrivit pour la nuit quelques cuillerées de vin et de bouillon.

La mort survint à 4 heures et demie du matin, sans qu'il y ait eu de vomissements ni de perte de sang; la connaissance resta complète jusqu'au dernier moment.

Autopsie 4 le janvier 1874. — L'abdomen est considérablement météorisé ; des gaz s'échappent en sifflant dès que la paroi est incisée. L'estomac est énormément distendu ; l'intestin l'est aussi, mais à un bien moindre degré. Les circonvolutions de l'intestin grêle, vivement injectées, présentent à leur surface de nombreuses fausses membranes petites, jaunâtres et molles. Un épanchement fortement coloré par du sang existe dans les parties déclives. En plusieurs points, particulièrement du côté gauche, on trouve quelques caillots noirâtres peu volumineux entres les anses intestinales.

Le col utérin est complètement isolé de ses connexions vaginales sur toute sa partie antérieure, et le péritoine du cul-de-sac utéro-vésical est largement déchiré. La déchirure, partie de l'extrémité droite de ce cul-de-sac, passe tranversalement au-devant du col utérin, et remontre sur le feuillet antérieur du ligament large gauche, pour venir se terminer à deux travers de doigt au-dessous et un peu en dehors du ligament rond correspondant. La partie latérale gauche du col est déchirée verticalement dans une hauteur de près de trois travers de doigt ; la partie droite de la lèvre antérieure est amincie dans une partie de sa hauteur, au point qu'on voit le jour au travers ; cette disposition contribue, avec la déchirure du côté opposé, à lui donner une grande mobilité. C'est évidemment cette lèvre antérieure que nous avions prise pour un bord placentaire saillant dans le col, et que M. Guéniot nous avait fait remarquer à l'orifice du vagin après

l'opération. Elle présente, dans presque toute sa largeur, une coloration brunâtre, nettement limitée en haut, surtout sur une coupe verticale, et s'étendant à toute son épaisseur. La déclivité de la partie droite de la rupture explique comment ce fut elle que rencontra tout d'abord la main de l'opérateur, et comment il se fait que la lésion du côté gauche ne fut pas reconnue d'une manière aussi précise.

Le feuillet postérieur du ligament large gauche est intact; son feuillet antérieur est seul intéressé par la déchirure. Le tissu de ce ligament, la portion correspondante du bord gauche de l'utérus, et le tissu cellulaire avoisinant sont déchiquetés, et présentent une infiltration sanguine assez considérable.

L'utérus, ferme et bien contracté, s'élève assez haut au-dessus des pubis, et remplit complètement l'excavation du petit bassin; sa cavité contient quelques petits caillots; l'insertion placentaire, recouverte d'une couche assez épaisse de caillots noirâtres, se voit à sa partie antéro-supérieure.

Le tissu utérin paraît sain. Il existe seulement à la face postérieure de l'organe quelques petits corps fibreux superficiels, à peine saillants, du volume d'une lentille ou d'un pois.

L'ovaire droit présente un corps jaune d'un diamètre de près de 1 centimètre.

Le promontoire est manifestement plus saillant qu'à l'état normal, la distance qui sépare son point culminant de la partie postérieure et supérieure de la symphyse pubienne est de 9 centimètres (toutes les parties molles étant enlevées).

En résumé, ajoute M. Petit, il s'agit ici d'une rupture de la partie supérieure du vagin et du col utérin dans toute sa hauteur, avec déchirure étendue du péritoine correspondant. Cette rupture paraît très-vaisemblablement s'être produite spontanément, au moment où la malade a fait un mouvement pour retenir la sage-femme : en effet, tous les accidents observés (arrêt du travail, hémorrhagie, etc.) datent de cette époque, avant laquelle il n'aurait été ni administré d'ergot de seigle, ni pratiqué aucune manœuvre susceptible de produire de semblables désordres. A défaut d'une altération du tissu utérin, nous trouvons une cause prédisposante dans le rétrécissement du bassin. Peut-être aussi l'altération de la lèvre antérieure du col, constatée après l'opération et à l'autopsie, et produite évidemment par la compression de cette lèvre entre la symphyse et la partie fœtale engagée, a-t-elle favorisé la déchirure des insertions supérieures du vagin. (Séance du 9 janvier 1874).

VARIÉTÉS.

Nominations. — M. le professeur Gosselin a été nommé membre de l'Académie des sciences, dans la séance du lundi 16 mars 1874, en remplacement de Nélaton.

L'Académie de médecine a procédé par voie de scrutin, dans la séance du 31 mars 1874, à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale en remplacement de M. Dubois (d'Amiens).

— M. Villemin, ayant obtenu la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie.

Concours de prix. —*La Société de médecine d'Anvers*, parmi les questions indiquées pour le concours de 1874, propose la suivante:

De l'influence des maladies zymotiques sur la grossesse, la parturition et ses suites.

Les mémoires en réponse à cette question, doivent être adressés sous les formes académiques au secrétaire de la Société, M. le D[r] Desquire, 62, rue de l'Église, avant le premier novembre 1874. —(*l'Art médical*, 1874).

Nécrologie. M. Joulin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a succombé le 18 mars à une hémorrhagie cérébrale.

Il s'était fait connaître par un assez grand nombre de publications et d'articles de journaux.

En 1872, il avait fondé un journal de gynécologie qui porte son nom : *Gazette de Joulin*. Parmi ses travaux les plus importants, nous devons citer un *Traité d'accouchements*, et divers mémoires: *sur le bassin considéré dans les races humaines*, et un autre *sur la membrane lamineuse*, etc.

La France médicale, fondée il y a vingt ans, vient d'être acquise par notre très-distingué confrère le D[r] E. Bottentuit, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin consultant aux eaux de Plombières, et auteur de plusieurs travaux justement estimés.

L'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro la fin du travail de M. L. Labbé, *sur l'Ablation du col de l'utérus par l'anse galvano-caustique*, et un article de revue générale qui se trouve du reste remplacé par le mémoire de M. Ed. Tilt et la lettre de M. Stoltz.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'assistance publique de Paris pendant le mois de mars 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS.			MORTALITÉ p. 0/0			Décès de femmes non accouchées à l'hôpital.
		Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL	Fièvres puerpérales.	Autres causes.	TOTAL	
Hôtel-Dieu......	28	1	»	1	3.57	»	3.57	»
Pitié	42	»	»	»	»	»	»	»
Charité.........	66	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Antoine...	36	»	»	»		»	»	»
Necker.........	10	2	»	2	20.00	»	20.00	1 (1)
Cochin	25	5	1	6 (2)	20.00	4.00	24.00	»
Beaujon........	19	1	»	1	5.26	»	5.26	»
Lariboisière.....	74	2	»	2	2.70	»	2.70	»
Saint-Louis.....	81	»	»	»	»	»	»	»
Lourcine	3	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.......	60	3	7 (3)	10	5.00	11.66	16.66	»
TOTAL........	394	1	8	22	3,55	2.03	5.58	1
Maison d'Accouchement.	79	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL GÉNÉRAL.	413	14	8	22	3.39	1.93	5.32	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	Accouchements.	Décès.	Mortalité p. 0/0
Accouchements effectués à domicile par des sages-femmes des Bureaux de Bienfaisance...	979	3	0.30
Accouchements des femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la ville..........................	265	1	3.77

(1) Péritonite. — (2) Service évacué le 21 mars. — (3) Cas d'infection purulente.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Rétrécissement du bassin, emploi de l'aide-forceps de Joulin, enfant vivant, par CHIARA (*l'Osservatore*, septembre 1873).

Fistule utéro-vésicale non diagnostiquée, ayant fait croire à la possibilité d'une grossesse extra-utérine, par le Dr FILIPPI (*l'Imparziale*, 16 décembre 1873).

L'ouvrière mère de famille. — Guide pratique de la jeune mère ou l'éducation du nouveau-né; — par le Dr BROCHARD (Lyon, 1874).

Nous recommandons ces ouvrages à l'attention des médecins, ils renferment des conseils excellents et seront un guide sûr pour la mère, presque toujours ignorante des soins qu'elle doit donner à son enfant.

Signalons encore une publication mensuelle du même auteur: *La jeune mère ou l'éducation du premier âge*. L'auteur y traite de l'éducation physique et morale de l'enfant, c'est-à-dire de l'alimentation, des vètements, du coucher, du sommeil, des promenades, etc., etc., du nouveau-né.

M. Brochard vient de recevoir, à propos de ces publications, une récompense de la part de l'Académie de médecine. A. L.

NOUVELLES PUBLICATIONS.

DE LA VALEUR DE QUELQUES PHÉNOMÈNES CONJONCTIFS DANS LA DOTHIÉNENTÉRIE, par le Dr J. Cazalis, *ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique.* (Thèse de Paris, 1874.)

DES MANIFESTATIONS CARDIAQUES DANS L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE, par le Dr Sevestre, *ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris, membre titulaire et secrétaire de la Société anatomique.* (Thèse de Paris, 1874.)

GUIDE PRATIQUE DE L'ACCOUCHEUR ET DE LA SAGE-FEMME, par le Dr Lucien Pènard, *chirurgien principal de la marine en retraite, ex-professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rochefort*, 4e édit.

Les injections hypodermiques d'ergotine dans les hémorrhagies utérines, par le Dr TONOLI (*Gazetta medica italiana*, 1873, p. 325 et 357).

Maladie du cœur, cause d'avortement (*France médicale*, 1874, p. 145).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE.

Mai 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT DE CERTAINES

FISTULES VÉSICO-VAGINALES TRÈS-ÉTENDUES,

Par A. Verneuil,
Professeur de clinique chirurgicale,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

L'opération de la fistule vésico-vaginale a pour but de faire cesser l'incontinence d'urine qui résulte de la perforation de la vessie. Lorsqu'elle est exécutée dans des conditions favorables, et qu'elle est suivie de succès, elle amène la restauration complète de la forme et de la fonction; l'urine est contenue, le vagin est libre, la copulation normale, la fécondation possible, l'accouchement ordinairement aussi simple que si rien ne s'était passé. C'est, en un mot, un des plus beaux triomphes de l'anaplastie. Cependant l'étendue des désordres primitifs ne permet pas toujours d'arriver à un résultat aussi complet: on est parfois obligé d'enfermer le col utérin dans la vessie, ce qui fait terminer le vagin supérieurement en un cul-de-sac qui permet la copulation, sans laisser de chance à une fécondation ultérieure.

D'autres fois la destruction du col de la vessie, tout en permettant l'occlusion de la perforation vésico-vaginale, laisse persister une incontinence; ce qui n'apporte pas à l'inconvénient principal de la fistule un soulagement bien appréciable. D'autres fois, enfin, la destruction de la cloison est si étendue, les adhérences des lèvres de la fistule aux parois du bassin sont si intimes, l'utérus maintenu en place par une pelvi-péritonite ancienne est si peu susceptible de s'abaisser, la fistule elle-même est rendue si inaccessible par un rétrécissement cicatriciel du vagin, qu'il faut renoncer à toute tentative d'occlusion directe de la fistule, et qu'on n'a guère d'autre ressource que de faire l'occlusion vulvaire, ou celle du vagin, à une distance plus ou moins considérable de l'orifice inférieur de ce conduit. Cette dernière opération abolit à la fois, bien entendu, la copulation et la fécondation. Heureux encore quand on fait cesser à son aide l'incontinence, ce qui n'arrive d'ailleurs qu'au cas où le sphincter vésical a été conservé.

J'ai eu l'occasion de pratiquer plusieurs fois dejà l'occlusion vaginale avec des succès divers, géneralement assez favorables, et j'ai pu ainsi remédier à l'incontinence. Je viens de tenter tout récemment la même opération sans avoir eu l'espoir d'obtenir ce dernier résultat, mais avec la satisfaction du moins d'avoir heureusement modifié la position déplorable de la patiente, et d'avoir fait disparaître un des accidents les plus incommodes des larges perforations vésico-vaginales. Voici sommairement le fait.

Obs. L. L., primipare, 21 ans, d'une robuste constitution, accoucha le 2 février 1872. Le travail, très-actif au début, se ralentit, alors que la tête était à peine engagée. Les douleurs revinrent très-intenses, très-fréquentes, mais accompagnées de convulsions éclamptiques effrayantes, qui se prolongèrent pendant douze heures, sans qu'il fût possible de faire une application de forceps. Une rémission étant survenue, l'instrument fut appliqué et amena facilement un enfant, mort depuis plusieurs heures. Les convulsions cessèrent et les suites de couches furent heureuses, mais au bout de quelques jours on reconnut la mortification très-étendue des parois vaginales, et une perforation

énorme, qui donna bientôt passage à la totalité des urines. La détersion du vagin fut longue, puis vint la période de cicatrisation et de rétraction cicatricielle. La malade me fut envoyée au bout d'un an, entra dans mon service le 14 février 1873, dans l'état suivant :

La paroi antérieure du vagin est entièrement détruite depuis la lèvre antérieure du col jusqu'à 2 centimètres du méat urinaire; le col de la vessie et le tiers supérieur de l'urèthre sont absents ; la paroi postérieure du vagin est silonnée de cicatrices; l'utérus est immobilisé, et ne peut descendre ; le vagin, vers son tiers inférieur, est notablement rétréci ; le doigt ne rencontre de toutes parts que des tissus rigides inextensibles, qui, en avant et sur les côtés, adhèrent fortement aux branches descendantes des pubis. Tout d'abord le cas me paraît au-dessus des ressources de l'art, et je me contente de prescrire des bains et des lotions émollientes réitérées pour diminuer une vulvite intense, l'irritation considérable des téguments, des fesses et des cuisses, et pour guérir les nombreuses ulcérations qu'une urine corrosive a engendrées dans toute cette région. Les souffrances de cette malheureuse fille étaient singulièrement augmentées par un énorme prolapsus vésical ; en effet, la partie postéro-supérieure de la vessie, entièrement renversée, formait, entre les lèvres, une tumeur du volume d'une grosse noix, d'un rouge intense, superficiellement ulcérée, et d'une extrême sensibilité au toucher. Dans la marche, cette tumeur frottait incessamment contre le bord des lèvres, et l'hyperesthésie de la muqueuse vésicale était si grande que depuis plusieurs mois la malade se condamnait à un repos presque complet dans son lit.

Les soins de propreté et les applications émollientes amenèrent au bout de quelques mois une amélioration sensible ; l'irritation tégumentaire avait diminué, les excoriations étaient moins profondes et moins douloureuses ; enfin, la paroi vaginale, surtout au voisinage de l'orifice vulvaire, avait repris de la souplesse. La fermeture directe de la fistule n'était pas devenue pour cela plus praticable ; mais je pus songer à exécuter l'occlusion vulvaire, ou pour mieux dire vaginale, à un

centimètre de profondeur. Il suffisait pour cela de réunir les vestiges de la paroi vaginale antérieure au niveau de la portion restante de l'urèthre, avec la paroi postérieure du vagin, c'est-à-dire au point où nous avons noté un rétrécissement. Comme on doit le faire en pareil cas, j'exposai à la malade les conséquences inévitables de cette opération, et avec son consentement j'y procédai le 11 novembre 1873.

Je fis l'avivement circulaire au niveau des points précités et je plaçai, non sans peine, huit fils métalliques qui furent fixés avec les petits boutons de nacre et les coulants de plomb. Une sonde fut placée dans l'urèthre qui ne mesurait plus guère que 15 millimètres de longueur.

L'urine fut d'abord assez bien maintenue, mais elle ne tarda pas à mouiller le lit, et je pus me convaincre qu'elle passait entre la sonde et la paroi uréthrale ; résultat facile à prévoir en raison de la destruction déjà indiquée du col vésical. Au neuvième jour le fil fut enlevé, la réunion vaginale était complète. Néanmoins je crus devoir laisser quelque temps encore la sonde à demeure ; étant resté quatre ou cinq jours sans examiner l'état des parties, je reconnus, non sans surprise, un accident que je n'avais encore jamais constaté : malgré sa légèreté (j'emploie d'ordinaire la sonde à double courbure de Sims en aluminium) la sonde pressant d'une manière continue sur la paroi inférieure de l'urèthre avait divisé cette paroi sur la ligne médiane de haut en bas, et jusqu'au voisinage de la ligne de réunion transversale du vagin. Linstrument fut naturellement supprimé, et pendant quelque temps je tentai, en cautérisant les bords latéraux et la commissure de cette fente, d'en obtenir la réunion par le mécanisme des plaies angulaires.

Cet essai n'ayant point été couronné de succès, je fis le 30 janvier, la suture de la fente à l'aide de quatre points. Malgré le bon état apparent de la santé générale, et le séjour peu prolongé des fils d'argent, la réunion manqua en deux points par la section prématurée des bords, cependant j'étais arrivé à reconstituer l'urèthre dans l'étendue de 8 à 10 millimètres environ. Comme je m'y attendais, ni l'opération principale, ni l'opération complémentaire ne remédièrent à l'incontinence d'urine.

Le liquide sortait en entier dans la position verticale, au bout d'une demi-heure dans le décubitus dorsal; en revanche la malade restait une heure au moins sans être mouillée dans la position assise. Mais l'opération avait réalisé une amélioration considérable. L'irritation tégumentaire avait presque cessé ou ne se montrait qu'à de rares intervalles; toute trace de vulvite avait disparu, et les ulcérations s'étaient cicatrisées. La réduction surtout du prolapsus vésical avait mis un terme aux souffrances si cruelles que la malade accusait dans la marche et dans la station debout. Elle restait levée toute la journée, et pouvait aider au service de la salle. Malgré l'imperfection du résultat, elle se montrait très-heureuse et très-reconnaissante du changement survenu dans sa position.

J'eus l'occasion de faire quelques observations intéressantes sur les effets produits par l'urine accumulée dans la partie supérieure de la cavité vaginale. Ces urines présentaient d'ordinaire un dépôt considérable, grisâtre, épais, et souvent caséiforme. L'examen microscopique y révélait la présence d'une quantité considérable de cellules épithéliales larges, provenant de la desquamation de la muqueuse vaginale, de concrétions calcaires très-fines, très-abondantes, et composées principalement de phosphates et de carbonates, enfin de quelques leucocytes. Ces dépôts séjournant dans le fond de la cavité irrégulière formée par les débris du vagin et de la vessie, acquéraient parfois une odeur ammoniacale, et prenaient des qualités assez irritantes pour provoquer quelques symptômes de cystite. J'obviai sans peine à ces légers accidents par des injections détersives abondantes, pratiquées à l'aide d'une sonde, et par l'usage interne du bicarbonate de soude et de la térébenthine. Au moment où la malade quitta mon service, dans les premiers jours de mars, elle était dans l'état suivant :

L'érythème produit par l'action de l'urine sur les téguments a entièrement disparu, tandis qu'autrefois l'urine était perdue dans toutes les attitudes; aujourd'hui l'écoulement est différent dans les trois attitudes principales. Quand la malade est debout et marche, elle peut retenir ses urines un quart d'heure, puis le liquide s'écoule quoique non en totalité. Il en résulte

pour la malade cet avantage que, lorsqu'elle elle couchée et a envie d'uriner, il lui est possible de se lever sans perdre ses urines.

La malade peut rester dans la position assise une heure de suite sans être mouillée. Au bout de ce temps le besoin d'uriner se fait sentir, et si la malade le satisfait, elle peut rester encore une heure assise sans être mouillée. Mais ce moyen ne réussit plus au bout de la deuxième heure.

Dans la position couchée, l'urine peut être conservée pendant un certain temps, une demi-heure environ. Ce temps est moindre dans le décubitus latéral, ce qui s'explique facilement.

L'état de la malade s'est donc bien amélioré et il n'est point impossible qu'il s'améliore encore.

C'est pour la seconde fois que je corrige spécialement les effets fâcheux du prolapsus vésical. Il y a quelques années j'opérai une dame créole avec mon ami le Dr Besnier, médecin des hôpitaux. Il s'agissait d'une fistule extrêmement large, placée transversalement à 2 centimètres et demi environ de l'orifice vulvaire ; le col de la vessie avait été irrémédiablement détruit. Le corps de la vessie, comme dans le cas précédent, faisait hernie à travers la fistule, s'engageait à la vulve, et déterminait toutes les souffrances que je viens de décrire. Il fallut douze points de suture pour combler cette énorme brèche. Un seul échoua ; un pertuis persista, qui fut comblé par une petite opération complémentaire. La paroi vaginale fut intégralement reconstituée, mais l'incontinence persista, sauf dans la position assise, en dépit de tous les appareils compresseurs dont je fis successivement l'essai. Cette malade se félicitait beaucoup d'être ou moins délivrée des inconvénients de la hernie vésicale.

D'où je conclus en terminant, que la simple suppression d'un des accidents communs dans les grandes destructions de la paroi vésico-vaginale légitime à elle seule les tentatives chirurgicales *(Leçon recueillie par M. le Dr* Pozzi, *interne du service).*

DE LA LEUCORRHÉE DES PETITES FILLES (1)

Par E. Bouchut,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Nous avons en ce moment sous les yeux deux cas de leucorrhée, l'un chez une petite fille de 10 ans, et l'autre chez une enfant de 4 ans. Comme cette maladie préoccupe énormément les mères qui, dans leur ignorance des choses de la vie, ne peuvent comprendre que des organes en voie de développement, et que l'on suppose endormis, loin de leur activité physiologique, puissent être malades, je vais vous dire quelle est la nature de cette maladie et quel est son traitement.

Le premier cas est relatif à une enfant de 10 ans, malade depuis trois semaines. Sans cause connue, sans maladie antérieure, l'enfant a été prise de démangeaisons et de pertes blanches abondantes qui tachent le linge en vert, comme chez la femme atteinte de blennorrhagie. La vulve est chaude, ses replis sont imprégnés de pus et l'ouverture est tuméfiée avec couleur rouge vineux sombre. Sur la muqueuse on ne voit ni follicules ni ulcération et la pression latérale ou hypogastrique ne fait pas sortir de pus venant du vagin. Le clitoris est rouge, gonflé, plissé et dépasse de beaucoup les grandes lèvres.

Comme antécédents, il n'y a pas trace de scrofule, mais il existe de l'eczéma sur la tête, dans les cheveux et du pityriasis sur la face. Il est évident pour moi, que cette enfant a une diathèse herpétique, remarque importante qui suffit à rendre compte de la leucorrhée.

L'autre enfant a eu, pendant quelques jours, un état fébrile indéterminé, à la suite duquel il s'est fait une leucorrhée suivie d'aphthes vulvaires, qui se sont ulcérés et sur lesquels le phagédénisme a créé des ulcérations profondes, envahissantes, caractérisant une forme particulière de gangrène de la vulve. Cette leucorrhée est un résultat du défaut de soins et de lavages

(1) Leçon clinique professée à l'hôpital des Enfants-Malades.

de propreté indispensables dans toutes les maladies aiguës de la petite fille.

Ces deux cas sont essentiellement différents, car l'un est une leucorrhée diathésique et l'autre une leucorrhée inflammatoire due à la malpropreté. Vous retrouvez ces deux ordres de causes dans bien des cas de leucorrhée, mais ils ne sont pas les seuls. Il faut y joindre les attentats à la pudeur, qui sont très-communs, et qui, par attrition des parties, engendrent une inflammation simple suivie de leucorrhée, ou par contamination blennorrhagique ou syphilitique, déterminent une véritable blennorrhagie ou la syphilis, c'est-à-dire le chancre et ses conséquences. A ces causes, si vous ajoutez la masturbation qui irrite la muqueuse clitoridienne et vulvaire, puis les oxyures du rectum qui, passant d'un côté à l'autre, provoquent des démangeaisons et l'irritation de la muqueuse, vous aurez appris quelles sont les causes de la leucorrhée des petites filles.

La cause la plus fréquente c'est l'herpétisme ou diathèse herpétique, le scrofulisme et la malpropreté, qui, à l'occasion des maladies aiguës de l'enfance, est suivie des conséquences les plus fâcheuses. En effet, dans la fièvre typhoïde, maladie septicémique, et dans la rougeole, maladie virulente, on voit souvent la vulve imprégnée d'un suintement muqueux purulent de nature très-irritante, et si on ne lave pas les enfants, il en résulte une folliculite vulvaire suivie d'ulcérations à bords rouges, à fond grisâtre pseudo-membraneux, qui ressemblent aux aphthes de la bouche. Un peu plus tard, ces ulcérations deviennent phagédéniques, se creusent en tous sens, forment des pertes considérables de substance qui détruisent la vulve, le périnée et s'étendent jusqu'à l'anus. C'est la gangrène moléculaire extensive.

Dans d'autres cas, sous le follicule ulcéré, il se fait un engorgement subit du tissu cellulaire en forme de noyau dur accompagné de tuméfaction et de rougeur de la grande lèvre, puis une eschare noirâtre apparaît qui s'étend rapidement et forme la véritable gangrène de la vulve. C'est la gangrène escharifiante, laquelle est presque toujours suivie de mort.

Ces espèces de leucorrhée sont les plus graves et les moins

communes. Les autres, liées à la scrofule ou à l'herpétisme, n'entraînent pas de semblables conséquences. Elles durent quelques semaines ou quelques mois et disparaissent. Leur nature est indiquée par l'état scrofuleux ou herpétique des enfants.

Le siége de la leucorrhée chez les petites filles, diffère absolument du siége de la leucorrhée chez la femme et chez la jeune fille pubère. Tandis que chez l'adulte, la leucorrhée est toujours vaginale ou utérine; chez la petite fille, la leucorrhée est toujours vulvaire. Elle n'occupe que les parties externes de la génération. C'est la muqueuse des grandes et des petites lèvres de l'orifice de la vulve qui est affectée. Chez les deux enfants que vous venez de voir dans mon service, la suppuration vient de l'extérieur et le vagin n'y est pour rien. Je vous l'ai montré sur les malades, il n'y a qu'un instant, et vous avez pu acquérir la preuve de l'exactitude de mon affirmation.

Le liquide sécrété est du pus âcre, irritant, blanc verdâtre, tachant le linge en vert, plus ou moins abondant selon les cas. Il provoque un prurit désagréable qui force les enfants à se gratter et qui leur donne parfois des habitudes de masturbation qu'ils n'ont pas. De plus, comme le liquide est très-irritant, si les enfants après avoir porté les mains à la vulve et s'être sali les doigts, se frottent les yeux, il en résulte quelquefois des ophthalmies purulentes très-graves, d'où la nécessité de mettre des gants ou de mettre des chemises longues nouées au bout des pieds.

D'après ce que je viens de vous dire de la leucorrhée des petites filles et de sa nature différente, vous voyez que le traitement ne saurait être toujours le même et qu'il varie suivant la cause présumée du mal.

Dans la leucorrhée produite par l'émigration des oxyures du rectum dans la vulve, il faut nettoyer l'orifice vulvaire avec des lotions d'eau phéniquée au millième, donner des lavements d'eau phéniquée, des lavements de suie, et mettre des suppositoires à l'onguent mercuriel dans le rectum.

Dans la leucorrhée des maladies aiguës, des lotions d'eau et de vin aromatiques peuvent suffire. Mais s'il y a des ulcérations

folliculaires ou du phagédénisme, il faut mettre la pommade suivante :

Axonge : 30 grammes;
Coaltar : 3 —

et faire matin et soir des lavages avec la solution de coaltar saponiné de Lebeuf au 30e.

Si au lieu de l'ulcération phagédénique il y a eschare, on doit détacher l'eschare et saupoudrer la plaie avec la poudre de camphre.

Maintenant, contre la leucorrhée produite par la scrofule et l'herpétisme, il faut donner à l'intérieur, l'huile de morue et le sirop d'arséniate de soude :

Sirop simple : 300 grammes;
Arséniate de soude : 10 centigrammes.

Une cuillerée à soupe le matin à jeun; et si les enfants ont dépassé 7 ans, 2 cuillerées à soupe comme traitement externe; dans ces cas, le médecin devra prescrire les bains avec addition de 250 grammes de carbonate de soude ; — les bains sulfureux ou les bains de sublimé tous les jours :

Sublimé : 2 grammes;
Alcool : 100 —
Eau distillée : 100 —

Des lotions avec la solution de sublimé; avec la solution de coaltar saponiné de Lebeuf au 30e; avec l'eau phéniquée au 1000e, et si la maladie résiste, le badigeonnage avec la solution de nitrate d'argent :

Nitrate d'argent : 30 à 50 centigrammes.
Eau distillée : 30 grammes.

Jamais la leucorrhée ne résiste à ces moyens combinés, et l'alliance du traitement externe et interne que je viens de mentionner, suffit pour triompher de cette maladie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES GROSSESSES EXTRA-UTÉRINES

ET EN PARTICULIER

DE LA GROSSESSE TUBAIRE,

Par le Dr Duguet,
Professeur agrégé à la Faculté de Paris,
Médecin des hôpitaux.

(Suite et fin.)

Notre observation étant d'accord, en tous points, avec l'opinion si explicite de Goupil, nous tenions à reproduire textuellement ce passage remarquable de son livre. Aussi avons-nous éte singulièrement surpris de voir M. Stoltz, dans son article déjà cité sur la grossesse extra-utérine, ne pas s'arrêter un instant sur un signe auquel Goupil attache, avec raison, croyons-nous, une si grande importance. Il rapporte seulement que Heine donne comme signe, dans un cas, l'écoulement par le vagin de mucosités sanguinolentes. Ce n'est pas que M. Stoltz nie ce phénomène, mais il ne le discute pas, il n'en indique pas la valeur symptomatique, et il se contente de dire : « On peut, à bon « droit, considérer comme *hémorrhagique* tout écoulement san- « guin qui survient pendant la grossesse anormale, jusqu'au « moment où le fœtus est mort. » Au point de vue physiologique on ne saurait contester l'opinion de M. Stoltz. Sans doute que, pour sa part, il n'a pas été frappé, comme l'ont été les auteurs auxquels Velpeau fait allusion, comme Goupil surtout, de la grande fréquence de ce phénomène, et nous voyons en effet ces hémorrhagies manquer dans quelques-unes des observations les plus récentes que nous avons étudiées, en particulier dans celles si complètes à tous égards et si instructives de M. Luton (1) et de M. Pierreson (2), observations sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

(1) Bullet. de la Soc. anat., 1858, p. 505.
(2) Bullet. de la Soc. anat., 1861, p. 25.

Serait-ce que ces métrorrhagies n'auraient point la même fréquence selon que la grossesse est tubaire ou abdominale? Dans notre cas particulier de grossesse *tubaire*, cette métrorrhagie a été très-remarquable; dans ceux de M. Luton et de M. Pierreson, où la grossesse était *abdominale*, cette métrorrhagie a manqué. La congestion hémorrhagique de l'utérus se verrait-elle plutôt dans la grossesse tubaire, parce que, la trompe n'étant que la continuation des cornes utérines, le travail dont elle est le siége retentirait plus facilement sur le tissu utérin, ce qui n'aurait pas lieu dans la grossesse abdominale? Notons que Goupil (1) a déjà remarqué la grande rareté des métrorrhagies dans les cas de grossesse extra-utérine qui guérissent, et l'on sait que celles-ci sont plutôt les grossesses abdominales, puisque les tubaires se terminent d'ordinaire par rupture, hémorrhagie interne et la mort. Il se pourrait donc que les grossesses *abdominales* soient en réalité moins souvent accompagées de métrorrhagies que les grossesses tubaires. C'est là, on le conçoit, une induction permise, mais qui demande encore de nouvelles recherches.

Toutefois, nous verrons plus loin que le retentissement de la grossesse abdominale sur l'utérus est encore assez puissant pour qu'elle y provoque, tout comme la grossesse tubaire, l'exfoliation de la muqueuse sous la forme d'une *caduque;* les deux cas particuliers de M. Luton et de M. Pierreson en sont la preuve.

Quoi qu'il en soit, notre observation démontre une fois de plus qu'un retard dans l'apparition des règles, suivi d'une métrorrhagie peu abondante mais continue, est un signe probable de grossesse extra-utérine.

b. — Changements dans l'état du col et du corps de l'utérus. Tumeur péri-utérine. — Tous les auteurs insistent sur le ramollissement et l'écartement des lèvres du col utérin, sur l'augmentation de volume du corps de la matrice et aussi sur la déviation de cet organe en rapport avec le développement d'une tumeur, soit à droite, soit à gauche, tumeur distincte de l'utérus et qui serait le kyste fœtal. Certes, s'il était toujours facile de constater cette dernière particularité d'une tumeur qui se développe à

(1) Loco citato, p. 544.

droite ou à gauche de l'utérus, alors que se montrent les divers signes d'une grossesse au début, il pourrait arriver que la probabilité d'une grossesse extra-utérine se changeât, même avant le troisième mois, en certitude. Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et cette tumeur péri-utérine que l'on étudie si bien après la mort, il est souvent impossible de l'apprécier comme on le désirerait pendant la vie. La plupart des malades n'ont-elles pas présenté, en effet, des coliques violentes, des douleurs intolérables dans le ventre, principalement au niveau de la tumeur, douleurs qui ont empêché plus d'une fois de juger exactement son siége et ses caractères? Chez notre malade, les douleurs abdominales ne nous ont jamais permis de pousser assez loin les investigations; nous avons toujours été arrêté par les souffrances violentes que causait principalement l'exploration du côté gauche où siégeait le kyste fœtal, et force fut de nous en tenir au toucher vaginal seul. Sans doute de telles douleurs s'expliquent par la présence d'une péritonite plus ou moins étendue dont on retrouve les preuves à l'autopsie, et cette péritonite, compagne habituelle des grossesses extra-utérines et cause de ces vomissements répétés plus d'une fois signalés, tient sans doute au développement du kyste fœtal, ou plutôt aux éraillures qui aboutissent en définitive à des déchirures suivies d'une hémorrhagie plus ou moins rapidement mortelle. Il va sans dire que ces éraillures successives donnent vraisemblablement naissance à de petites hémorrhagies internes, et qu'il faut attribuer à ces dernières l'*anémie profonde* que relèvent la majorité des observateurs, alors même que les métrorrhagies dont nous avons parlé ont complètement fait défaut.

Par conséquent, s'il est vrai que le *ramollissement du col* et l'*augmentation de volume du corps de l'utérus,* joints à la présence d'une *tumeur péri-utérine,* viennent augmenter les probabilités d'une grossesse extra-utérine, nous croyons qu'il est bon d'insister sur les difficultés que l'on peut rencontrer dans la constatation de cette tumeur, sur la violence des douleurs que la malade éprouve à son niveau et qui tiennent à une péritonite de voisinage, et enfin sur l'*anémie profonde* dont paraissent atteintes la plupart des malades.

c. — *Caduque utérine.* — On peut dire que l'exfoliation de la muqueuse de l'utérus dans le cours de la grossesse extra-utérine ne fait de doute aujourd'hui pour personne. « La membrane ca- « duque, dit M. Bernutz, revêt la cavité de la matrice pendant « le cours des grossesses extra-utérines » (1). En même temps que la matrice augmente de volume, « il se passe, dit M. Stoltz (2), « dans l'intérieur de l'utérus, dans la grossesse anomale, abso- « lument ce qui se voit dans la grossesse normale, la muqueuse « se boursoufle, l'épithélium se transforme, il se développe « une *caduque* utérine qui tapisse toute la surface interne de « l'organe.... »

Il s'en faut pourtant qu'on ait admis facilement l'existence de cette caduque dans les grossesses par erreur de lieu, et il est curieux de lire à ce sujet toutes les discussions qui se sont élevées au sein de la Société anatomique, il y a trente ans et plus, et où l'on s'évertuait à démontrer que cette idée de la caduque utérine, mise en avant par Hunter, défendue par Chaussier et plus tard par Cazeaux (3), est une idée absolument erronée.

Quand on étudie de près quelques-unes des observations qui ont servi pour combattre cette opinion de l'existence d'une caduque, on peut se convaincre d'abord qu'on a pris plus d'une fois des inclusions fœtales pour des grossesses extra-utérines ; le savant rapport de Pigné (4) le démontre péremptoirement. Mais les conclusions du rapport de Cazeaux, à propos du cas de grossesse tubaire présenté par Fleury, nous paraissent assez formelles pour devoir être reproduites ici : « La forma- « tion de la caduque utérine a toujours lieu dans tous les cas de « grossesse extra-utérine. — Ceux qui ont cru ne pas la trouver, « quoiqu'ils disent avoir observé un boursouflement de la mu- « queuse utérine, se sont trompés et l'ont méconnue ; — enfin. « dans les cas rares où rien de semblable à une membrane n'a « été trouvé dans la cavité utérine, ou bien on a mal observé, « ou bien l'examen des pièces a été fait à une époque très-

(1) *Loco citato*, p. 425.
(2) *Loco citato*, p. 110.
(3) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1836, p. 210.
(4) *Bullet. de la Soc. anat.*, t. II, 184 6, p. 200.

« avancée de la grossesse, longtemps après la mort du fœtus, « lorsque la membrane caduque avait disparu. » L'étude des faits publiés depuis la date à laquelle Cazeaux écrivait, donne le droit de considérer ces conclusions comme étant encore parfaitement exactes.

La caduque formée peu de temps après la fécondation, comme dans la grossesse normale, disparaît, soit d'une façon imperceptible, en s'usant pour ainsi dire, et s'en allant par parcelles ténues, soit d'un bloc et presque en entier. Cette chute complète de la caduque, qui est l'un des traits les plus curieux de notre observation, a dû se produire plus d'une fois et passer inaperçue, en particulier dans les cas de grossesse extra-utérine accompagnés de métrorrhagie, et il n'est pas douteux que cette chute ignorée de la caduque a pu servir dans quelques cas pour combattre l'idée de son existence.

Ce fait singulier de la chute d'une caduque entière n'est pas relevé dans les ouvrages que nous avons consultés ; cependant, nous devons croire qu'il a déjà été observé. Guillemot (1) lui fait allusion quand il parle de l'erreur dans laquelle les métrorrhagies peuvent faire tomber. « Des douleurs expulsives se dé« veloppent, dit-il, et donnent lieu à la sortie, à travers des « caillots de sang, d'un corps étranger que l'homme de l'art « pourrait regarder comme l'un des débris de l'embryon ou du « placenta. L'idée d'avortement se confirme encore par l'appa« rition d'une perte. » Cette erreur que signale Guillemot est précisément celle dans laquelle nous nous étions engagé nous-même.

Duverney (2) rapporte l'histoire d'une femme de 21 ans, se croyant enceinte de deux mois environ, atteinte de métrorrhagie depuis huit jours et qui fut prise de douleurs violentes dans le bas-ventre, avec faiblesses répétées, au milieu desquelles elle ne tarda pas à succomber. Il apprit « qu'il s'était évacué quelque chose avec douleur en allant à la selle, » et il crut que c'était un fœtus ; mais l'autopsie lui démontra que la malade

(1) *De la grossesse extra-utérine. Archiv. gén. de méd.*, t. XXVIII, p. 212. 1832.

(2) *Œuvres anat.*, t. II, p. 335.

avait succombé à la rupture d'un kyste fœtal développé dans la trompe gauche.

Bien que l'examen du corps expulsé n'ait pas été fait, il est raisonnable de supposer que c'était une caduque échappée de l'utérus dans un effort, peu de temps avant la mort de la malade.

S'il peut planer des doutes dans le fait de Duverney, il ne saurait en être de même dans celui que rapporte M. Gallard (1) et qui a été observé par Huguier. Il s'agit d'une femme de 25 à 26 ans, ayant eu deux grossesses antérieures, qui, se croyant enceinte, vient consulter Huguier en 1857, au sujet de *pertes* qu'elle éprouve depuis quelques jours; ces pertes de sang, peu abondantes, s'accompagnaient de quelques tranchées et de courbature; elle en souffrait depuis quinze jours, quand elle rendit, au milieu de caillots sanguinolents, une pseudo-membrane que P. Dubois, appelé en consultation, considéra comme une *caduque imparfaite*. Le même jour on sentit par le vagin une tumeur placée en arrière, tumeur qui, devenue bientôt fluctuante, fut ponctionnée deux fois, et donna issue à une certaine quantité de sang fétide, en partie rouge et en partie couleur chocolat.

Dans le fait suivant, de M. Pierreson (2), on remarquera une similitude surprenante avec celui qui nous occupe. Aussi, croyons-nous devoir le rapporter assez longuement. Il est question d'une femme de 24 ans, entrée à Beaujon, dans le service de M. Béhier. Elle est accouchée une première fois, il y a quelques années, et depuis deux mois ses règles sont suspendues. Tout fait présumer qu'elle est enceinte de nouveau; elle vomit de temps à autre, a des coliques fréquentes, le col utérin est ramolli, tuméfié, entr'ouvert; mais ses forces ont singulièrement diminué, et elle est atteinte d'une *anémie profonde*. Six jours après son entrée, elle est prise pendant la nuit de coliques plus violentes qui durent quatre à cinq heures, à la suite desquelles le vagin laisse passer ce que la malade appelle *une peau*. C'est une sorte de *sac* de la forme de la cavité utérine distendue; sa

(1) T. Gallard, *loco citato*, p. 679.
(2) *Bullet. de la soc. anat.*, 1861, p. 25.

surface externe est tomenteuse et villeuse, les surfaces internes accolées sont plus lisses. Chaque feuillet peut avoir 1 millimètre d'épaisseur; il existe une *solution de continuité à l'un des angles supérieurs du sac.* Le microscope démontre que cette membrane est une *caduque,* car elle contient tous les éléments de la muqueuse utérine hypertrophiée. Pendant deux jours la malade se trouve relativement bien, mais le lendemain à sept heures du matin, elle est prise de coliques brusques et violentes avec frissons et vomissements, sueurs froides, faiblesses, convulsions, syncope, et elle meurt. L'autopsie démontre l'existence d'une grossesse que M. Guyot (1), dans son intéressant rapport, croit être abdominale et non tubaire. Le kyste fœtal developpé à la partie supérieure du ligament large droit s'était rompu au niveau de l'insertion du placenta sur le corps de l'utérus; l'ovaire droit était plus volumineux que le gauche, et l'utérus, qui avait à peu près doublé de volume, présentait une cavité utérine *lisse,* sans muqueuse, *sauf à la corne gauche qui était tomenteuse comme une caduque.*

N'est-ce pas l'image exacte du fait que nous rapportons, dans lequel quatre jours avant la même terminaison fatale, une caduque presque complète est expulsée avec des coliques violentes et des efforts? Une portion correspondant à la corne droite reste dans la matrice, et l'autopsie l'y fait découvrir également. Dans le cas de M. Pierreson, le kyste fœtal est à droite et la caduque reste en partie adhérente à la corne gauche; dans le nôtre, le kyste est à gauche, et la caduque laisse un débris adhérent à la corne droite. La mort a lieu dans les deux cas par syncope, deux jours après l'expulsion de la caduque dans le cas de M. Pierreson, quatre jours après dans le nôtre.

Il semble donc d'après ces quelques faits, les seuls de ce genre que nous connaissions d'une façon explicite, que l'expulsion de la caduque précède de peu d'instants les accidents qui peuvent entraîner la mort, et il est permis de croire que cette expulsion est provoquée par les contractions synergiques

(1) *Bullet. de la Soc. anat.*, 1864, p. 28.

de l'utérus, au moment où le kyste fœtal subit lui-même le travail d'accroissement qui le conduit d'ordinaire à la rupture. D'où l'on peut inférer que cette chute de la caduque serait du plus fâcheux augure. Des faits ultérieurs permettront sans doute de contrôler cette opinion.

d — Terminaison par rupture; sources de l'hémorrhagie. — La terminaison par rupture et hémorrhagie interne paraît être la règle dans la grossesse tubaire, et cette rupture a lieu fréquemment du deuxième au quatrième mois; en cela notre observation n'offre rien d'insolite, puisque la rupture semble s'être opérée entre le troisième et le quatrième mois. L'œuf contenait un fœtus de trois mois et demi environ, parfaitement muni de son cordon, de son placenta, et nageant dans un liquide amniotique.

Bien que l'on ait quelquefois rencontré le fœtus perdu au milieu des caillots du petit bassin, par suite de la déchirure de l'œuf, il est certain que le plus souvent l'œuf est resté intact alors que l'enveloppe du kyste fœtal a été trouvée rompue.

Ordinairement aussi les observateurs se bornent à signaler cette déchirure de l'enveloppe externe, en constatant l'intégrité de la membrane amniotique, et, bien que certaines descriptions le donnent à entendre, on ne voit pas aussi nettement que dans notre cas et dans ceux de M. Luton et de M. Pierreson, l'hémorrhagie avoir sa source au point d'insertion du placenta lui-même. Est-ce le placenta, ne serait-ce point plutôt la membrane externe, la trompe partout décrite comme étant devenue le siége de riches plexus vasculaires, qui aurait donné naissance, en se déchirant, à ces vastes épanchements sanguins? Il serait difficile d'affirmer quelque chose de bien positif à cet égard; de fines injections pratiquées en pareil cas et que nous n'avons point faites permettraient sans doute de résoudre cette question.

e — Rapports de la grossesse extra-utérine avec l'hématocèle péri-utérine. — Notre intention n'est pas de reprendre la discussion toujours pendante au sujet de la fréquence des grossesses extra-utérines comme cause des hématocèles péri-utérines. On consultera avec fruit les travaux de M. Gallard sur ce point (1).

(1) Gallard, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*; Paris, 1873.

Qu'il nous suffise de rappeler qu'il faut parfois des recherches patientes et multipliées pour retrouver au milieu des caillots de l'hématocèle l'œuf fécondé; le fait récent qui a servi de texte à M. Béhier pour une savante clinique en est un bel exemple (1); nous n'avons pas rencontré, quant à nous, ces difficultés.

Il est démontré par les résultats de l'autopsie que, dans notre cas, avant l'hémorrhagie abondante qui a tué la malade, il s'était fait à une ou plusieurs reprises des hémorrhagies, que ces hémorrhagies provenaient du kyste fœtal, et qu'elles avaient donné lieu à des accidents péritonéaux qui se sont de jour en jour aggravés. Les caillots grisâtres et plus fermes du cul-de-sac utéro-rectal, ainsi que les fausses membranes environnantes, en sont la preuve irrécusable. Malgré tout l'intérêt qui se rattache à ces lésions qui sont celles d'une véritable hématocèle, on conçoit que nous ne voulions pas nous étendre longuement sur elles.

f — Causes de la grossesse extra-utérine. — Ce chapitre contient beaucoup d'incertitudes que nous ne sommes guère en mesure de dissiper. Néanmoins en dehors des causes banales qui sont invoquées, il est une considération que nous croyons devoir faire ressortir.

Une grossesse extra-utérine ne signifie pas autre chose, ce nous semble, que la possibilité qu'a eue le sperme d'arriver par la trompe jusqu'à l'œuf, que l'impossibilité pour ce dernier de se rendre, avant ou après sa fécondation, par la trompe jusque dans l'utérus. Or, les animalcules spermatiques cheminent d'eux-mêmes, tandis que l'œuf n'arrive dans l'utérus qu'à la faveur des contractions vermiculaires de la trompe. Il faut donc que cette dernière ait été gênée dans ses mouvements ou que son conduit ait perdu de sa largeur pour que l'ovule ait été arrêté soit au dehors de la trompe, soit dans son trajet. Mais d'où peuvent venir ces obstacles, sinon d'affections antérieures des annexes? Et les femmes qui ont eu déjà des enfants ne doivent-elles pas y être plus exposées?

(1) *Gaz. hebdom.*, 1872, nos 30, 36.

C'est ce que nous laisse entrevoir M. Luton dans les réflexions qui accompagnent son intéressante observation ; c'est ce que pense volontiers M. Gallard (1); et, comme s'il pressentait cette explication, Goupil insiste particulièrement sur ce fait : « Toutes ces malades avaient eu, dit Goupil, une ou plusieurs grossesses » (2).

Notre observation, on peut le voir, ne fait pas exception, et tous les faits récents que nous avons étudiés présentent cette particularité. Il faut que des auteurs modernes n'aient pas été frappés de cette curieuse coïncidence pour ne pas la relever.

Conclusions. — Des considérations que nous venons d'exposer à l'occasion de notre observation, nous croyons pouvoir tirer les conclusions qui suivent :

1° La grossesse extra-utérine se caractérise, dans les premiers mois, par les signes habituels et souvent incertains de la grossesse (col ramolli, utérus volumineux, etc., etc.) ;

2° Il s'y joint assez souvent, après un *retard* des règles, une *métrorrhagie* peu abondante, continue, avec recrudescences possibles, mais sans périodicité ; des *vomissements* fréquents accompagnés de *coliques* et de *douleurs violentes*, localisées dans un côté du ventre où il est parfois possible de saisir le développement d'une *tumeur indépendante* de l'utérus qu'elle a *dévié*; une *anémie profonde* avec ou sans métrorrhagie permettant de songer à une hémorrhagie interne ;

3° Du deuxième au quatrième mois, une *caduque* peut être rendue dans des efforts d'expulsion ; cette chute d'une caduque sert probablement de prélude à une vaste hémorrhagie interne ;

4° La terminaison a lieu, au moins dans la grossesse tubaire, du deuxième au quatrième mois et, presque constamment, par la rupture du kyste fœtal, et la source de l'hémorrhagie interne qui en est la suite provient, non de l'œuf qui reste habituellement intact, mais de ses enveloppes toujours très-vasculaires (trompe surtout) ou des insertions placentaires ;

---

(1) Gallard, *loco citato*, p. 673.

(2) Bernutz et Goupil, *loco citato*, p. 514.

5° On ne saurait refuser toute influence aux grossesses extra-utérines dans certains cas d'hématocèles péri-utérines;

6° Enfin il est probable que les grossesses antérieures jouent un rôle important dans le mode de production des grossesses extra-utérines, qu'elles soient tubaires ou péritonéales.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'IMPERFORATION DE L'HYMEN

AU POINT DE VUE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE.

Les anomalies, dans la conformation des organes génitaux de la femme, sont aussi nombreuses que variées. Les unes intéressent presque exclusivement les embryologistes et les médecins légistes : d'autres sont du ressort du médecin ou plutôt du chirurgien, car elles rentrent, surtout à cause des phénomènes qu'elles ne tardent pas à engendrer, dans le domaine de la pathologie; ce sont celles qui ont trait à l'*atrésie* ou *imperforation* congénitale de ces organes. Il en résulte, par là, un obstacle matériel à la fonction menstruelle, c'est-à-dire *une aménorrhée de cause mécanique*. Ces imperforations peuvent siéger :

Soit sur l'utérus (1),

Soit sur le vagin.

Soit sur l'hymen (imperforation congénitale complète ou incomplète).

C'est cette dernière variété, la plus commune des trois et dont les journaux renferment un assez grand nombre d'exemples que nous nous proposons d'étudier brièvement.

---

(1) Une des plus intéressantes observations de cette forme d'atrésie est celle qui a été lue à l'Acad. roy. de méd. par M. Hervez de Chégoin et publiée en 1830 dans le journal hebdomadaire sous ce titre : « Imperforation complète et « congénitale de l'utérus, avec absence totale du col et rétention des règles depuis « 17 ans, déterminant des douleurs atroces. — Guérison par une ouverture « pratiquée au corps de la matrice et entretenue pendant plusieurs mois. »

Ce que nous avons voulu principalement, dans cette revue, c'est grouper les faits les plus récents qui se rapportent à cette affection et en tirer quelques déductions cliniques et opératoires.

Bien que depuis les cas mentionnés par Ruysch et par Fabrice d'Aquapendente, on en trouve des observations fréquentes consignées dans les recueils scientifiques, cependant cette forme d'atrésie vulvaire (imperforation avec hypertrophie de la membrane hymen) ne laisse pas que d'être assez rare dans la pratique individuelle de chaque médecin : cela est si vrai que chez des praticiens, même instruits, consultés pour la première fois au sujet de jeunes personnes nubiles dont la menstruation est entravée, la pensée de rapporter ces accidents à un vice de conformation n'est pas d'ordinaire celle qui se présente à leur esprit : et ce n'est que plus tard qu'ils sont mis forcément sur la voie du diagnostic et qu'ils reconnaissent la cause mécanique de l'aménorrhée.

Dans une lecture faite en 1866 (séance du 2 mars) à la Société de médecine de Paris, et où il relate deux faits d'*imperforation de l'hymen avec accumulation du sang menstruel dans les organes génitaux*, M. Perrin, eu égard à la rareté relative de cette affection, dit que le Dr Ch. Bell, à l'occasion d'une observation publiée par lui (1), rappelle que dans son immense pratique, Isaac Backer Brown, de Londres, n'en a vu que deux cas, et encore à l'époque où on le consulta il y avait chez une de ces malades un petit orifice de l'hymen qui donnait passage aux règles et chez l'autre le sang s'échappait par une fistule uréthro-vaginale. Le Dr Dewers, de Philadelphie, d'après le même auteur, n'en parle même pas dans son Traité des maladies des femmes publié en 1833, et le Dr Shuttice, de Virginie, en cite un seul fait observé par lui en 1844, chez une jeune femme qui perdit environ 8 litres de sang noir et grumeleux. De 1833 en 1852, la Gazette médicale n'en a publié que 5 observations. Cependant, Velpeau, dans ses *Eléments de médecine opératoire* (t. IV, p. 353), rapporte l'exemple de trois jeunes filles qui ont très-bien guéries

(1) Observ. d'imperfor. de l'hymen, Medical World Nantucket (févr. 1857), et Union médicale, t. XII, p. 92, 1re série.

et à cette occasion parle des cas de Fristo, Coley, Kulman. En 1856, M. le Dr Roziès (1) publie un fait d'occlusion complète du vagin chez une jeune fille de 19 ans, avec accidents produits par la rétention du sang menstruel. M. le professeur L. Lefort en relate plusieurs dans sa thèse d'agrégation (1863), ainsi que M. le Dr A. Puech dans son volume sur l'Atrésie des voies génitales de la femme (2). En 1873, nous en relevons 6 nouveaux (et probablement il en existe encore d'autres) dont l'un qui a fait l'objet d'une clinique de M. le professeur Gosselin (3), deux dans le *Bordeaux médical* (déc.), un dans *l'Abeille médicale* (mars), un dans la *Gazette des hôpitaux* (mai), un dans *The Medical record* (4). Enfin, tout récemment nous avons publié, dans une de nos revues cliniques (5), un fait de ce genre que nous avions recueilli dans le service de M. Tillaux, à l'hôpital Lariboisière, et à côté duquel nous placerons un cas analogue, qui nous a été envoyé par M. le Dr Vidal (6).

Des quelques recherches auxquelles nous sous sommes livré, nous pouvons conclure que l'imperforation de l'hymen, comparée aux diverses autres anomalies des organes sexuels de la femme, est une des plus fréquentes; de plus, elle peut coexister avec des anomalies qui portent soit du côté du vagin, soit du côté de la matrice, mais c'est seulement de l'*imperforation de l'hymen simple* que nous voulons nous occuper aujourd'hui.

Ce vice de conformation, en général, passe inaperçu avant l'établissement de la fonction menstruelle. Jusque-là, en effet, aucune particularité ne se manifeste dans la santé et ce n'est guère que vers 14 ou 15 ans que la jeune fille est prise de douleurs épigastriques, d'abord vagues mais périodiques, devenant ensuite de plus en plus vives, se propageant du côté des lombes,

(1) Journal de méd. chir. et pharm. de Toulouse 1856 et in Monit. hôpit., même année, p. 971.

(2) In-4, Paris 1863, chez Savy, édit.

(3) Cliniq. chirur. de la Charité, t. II, p. 451, 1873.

(4) Occlusion du vagin par un hymen extensible, par J. Galindo (Observador medico in the medical record New-York, 16 juin, p. 280).

(5) Union médicale, 22 janvier 1874.

(6) Union médic., 24 févr. 1874.

s'accompagnant parfois de nausées, de vomissements et d'un appareil fébrile assez marqué : après avoir duré quelques jours, ces symptômes cessent pour réapparaître sous la même forme le mois suivant. La jeune fille est étonnée de ne pas voir survenir ses règles, les parents s'inquiètent et les douleurs devenant plus pressantes on consulte, et alors, ou bien le médecin, d'après le récit qui lui en est fait, ne voit là que les accidents qui accompagnent souvent l'établissement de la menstruation, et prescrit l'application de sangsues, les emménagogues, le fer, les reconstituants : ou bien par un vague soupçon qui lui traverse l'esprit, il propose un examen qu'un sentiment de pudeur facile à comprendre mais bien regrettable fait rejeter immédiatement. Le sang des diverses poussées cataméniales s'accumule dans les organes génitaux ; non-seulement le vagin, mais l'utérus, les trompes se trouvent distendus, et forment une ou deux tumeurs molles et pâteuses que l'on sent à travers la paroi abdominale dans le petit bassin ou la fosse iliaque ; les douleurs sont alors épouvantables, il semble, suivant l'expression de certaines malades, que leur ventre va éclater, il existe surtout des phénomènes de strangurie qui les inquiètent et les forcent à consulter ; elles offrent une agitation invincible, un sentiment d'angoisse impossible à décrire, et une grande difficulté pour les garde-robes, quoiqu'il n'y ait pas de constipation. Le mal est alors arrivé, en peu de mois, à son summum d'intensité et on comprend aisément quelles sont les conséquences fâcheuses, parfois terribles qui se préparent si on ne porte pas immédiatement secours à ces jeunes personnes. *Il y a là indication urgente à intervenir.* Ces accidents fort graves, déterminés soit par l'issue du sang à travers l'orifice tubaire, soit par la rupture d'une des trompes démesurément dilatées, sont cependant assez rares, mais malheureusement ne sont pas les seuls à redouter : ce qui est plus habituel et non moins fâcheux pour l'avenir de ces femmes c'est l'existence, à chaque bouffée cataméniale, c'est-à-dire à chacune des crises douloureuses que nous venons de mentionner, de congestion, d'épanchements plastiques, d'inflammation, qui ont lieu soit autour de l'utérus et de ses annexes, soit au niveau

du péritoine et sur lesquels différents auteurs ont insisté avec beaucoup de raison. En effet, les adhérences consécutives entre l'utérus et ses annexes d'une part, les autres organes de l'excavation pelvienne d'autre part, sont des lésions très-dangereuses au moment où l'on obtient l'évacuation du sang au dehors par une opération, et le sont également pour plus tard, car elles peuvent être le point de départ de douleurs persistantes de congestions répétées, d'inflammations péri-utérines, etc.

Les erreurs auxquelles ont donné lieu les accidents de rétention du flux menstruel par l'imperforation de l'hymen sont extrêmement variées, et si inimaginables parfois qu'il faut certainement dans l'appréciation de ces erreurs, compter un peu avec la négligence, l'incurie (pour ne pas dire davantage) des praticiens qui ont été consultés pour de semblables exemples. De plus, ce qui accroît singulièrement la difficulté du diagnostic, c'est que ces accidents, suite d'imperforation, ont été non-seulement observés chez des jeunes filles mais encore chez des femmes mariées.

Dans la *première période*, que nous appellerons (*période latente*), l'erreur est tout d'abord pardonnable, on croit à une *aménorrhée* de cause générale que l'on traite en conséquence : mais au bout de deux, trois, quatre mois, l'absence de tout flux menstruel qui n'a jamais apparu une seule fois chez la jeune fille et l'*accroissement graduel des souffrances abdominales à chaque époque* où devrait avoir lieu cet écoulement, ces deux symptômes, dis-je, seraient presque, à notre avis, suffisants pour exiger absolument l'examen des parties sexuelles comme le fit M. le Dr Venot, dans un cas communiqué par lui l'année dernière à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — « Il s'agissait, dit-il, d'une jeune fille de 15 ans, fort « souffrante depuis quatre mois. Elle n'avait pas encore eu ses « règles, et l'on attribuait les phénomènes morbides à la dys- « ménorrhée du début. Ce qui corroborait surtout cette opinion, « c'est qu'il y avait chaque mois un redoublement considérable « de souffrances. On m'amena cet enfant, je l'examinai, et il « me fut très-facile de reconnaître la membrane hymen imper- « forée, bombée, offrant au toucher la sensation de résistance

« d'un abcès à point. J'incisai : un flot de sang, assez peu « altéré, s'échappa immédiatement; il y avait là accumulation « de 4 ou 5 poussées cataméniales. Quelques injections suffirent « pour calmer un peu d'inflammation vaginale et tout fut dit. « L'enfant se porte très-bien; elle est parfaitement réglée. »

Lorsque la maladie est arrivée à la seconde période, *période confirmée* (tumeur abdominale formée par la distension de l'utérus, accidents du côté de la miction), il semble, à première vue, que le diagnostic doive complètement gagner en éclaircissement et ne soit plus sujet à aucun doute. Bien au contraire c'est surtout à ce moment que nous voyons par les observations les erreurs se multiplier. C'est ainsi qu'on a cru avoir affaire à une simple *rétention d'urine*, à une *hématocèle rétro-utérine*, à un *kyste ovarique* avec poussée de péritonite, à une *tumeur pathologique* intra-abdominale. Foucher (1), à propos d'un exemple de conservation de l'hymen chez une femme mariée depuis quelques années et qui se trouvait dans les salles de Velpeau, a rapporté l'observation d'une jeune personne qu'un médecin avait adressée au professeur Denonvilliers, comme étant atteinte d'un *polype utérin*. Mais de toutes les erreurs, la plus commune est celle qui attribue le cortége des phénomènes décrits plus haut à la *grossesse*, idée vers laquelle naturellement semblent vous reporter le développement du ventre, sa forme proéminente et arrondie, les coliques et parfois les sensations prurigineuses du mamelon accusées par la malade : si bien que, comme le fait observer judicieusement Boyer, des jeunes filles imperforées, c'est-à-dire se trouvant dans l'impossibilité complète de devenir mères, sont accusées d'être enceintes malgré toutes leurs dénégations. Bien plus, lorsque examinant *enfin* les oganes génitaux externes, le médecin aperçoit entre les grandes lèvres largement béantes une tumeur saillante, parfaitement arrondie, d'un rouge bleuâtre, faisant quelquefois bomber le périnée, obstruant le vagin, et fluctuante au toucher, il croit à la présence de la *poche des eaux*, d'autant plus que les douleurs expulsives manifestées souvent par les malades, et qui sont dues

(1) Gaz. des hôpitaux, 1851, p. 121.

aux contractions utérines, offrent du reste quelque analogie avec celles qui se montrent à la fin de la deuxième période du travail et ne font que le confirmer dans ses soupçons.

Cette erreur, par trop grossière, et qui n'est heureusement que passagère, est facile à éviter en pratiquant le toucher rectal d'une part, puis en s'assurant d'autre part que la muqueuse recouvrant la tumeur se continue avec celle des organes génitaux externes et que, par conséquent, il n'existe aucun intervalle entre la masse saillante et les parois du conduit : elle a pourtant été commise plus d'une fois, entre autres par l'accoucheur anglais Smellie : nous la voyons se reproduire dans l'observation suivante (1) que nous avons empruntée au service de M. Tillaux.

Imperforation de l'hymen. Accidents produits par la rétention du flux menstruel et ayant fait croire à un accouchement.

Une jeune fille de 18 ans, parfaitement constituée, n'avait jamais été réglée, mais avait éprouvé depuis plusieurs années, à des moments revenant d'une façon périodique, plusieurs troubles du côté du bas-ventre, accompagnés de douleurs lombaires, parfois assez vives, mais qui ne l'obligeaient pas à suspendre son travail, car elles se dissipaient d'elles-mêmes au bout de quelques jours. Le mois dernier, elle avait eu une épistaxis rebelle : et le mois d'avant des hémorrhoïdes qu'elle portait depuis plusieurs années, avaient fourni une quantité de sang assez abondante. Il y a 8 jours, prise tout d'un coup, dans le courant de la journée et au milieu de son travail, de douleurs abdominales violentes, elle fut obligée de quitter l'atelier et de se mettre au lit. Un médecin fut appelé en toute hâte, trouva cette fille dans un état de surexcitation très-grande et en proie aux coliques les plus intenses. La palpation du ventre qui était manifestement plus volumineux, plus dur et bosselé, lui fit venir immédiatement à l'esprit l'idée d'une grossesse, et lorsque après avoir écarté les cuisses de la malade, il vit au niveau de la vulve une tumeur tendue, d'un rouge bleuâtre, fluctuante,

---

(1) Revue clinique chirurg. Union médic., 22 janvier 1874.

qui écartait les deux grandes lèvres, il ne crut plus le doute permis : c'était la poche des eaux qu'il avait sous les yeux, il avait affaire à un accouchement. Cependant, cette pauvre fille ne cessait d'émettre les dénégations les plus absolues, qui, jointes surtout au commémoratif précieux que les règles n'avaient jamais paru chez elle, finirent par ébranler la conviction du médecin qui fit transporter la patiente à Lariboisière, dans le service de M. Tillaux.

La miction, très-gênée depuis quelques jours, obligea à un cathétérisme immédiat qui même offrit quelque difficulté, car l'urèthre se trouvait refoulé en haut.

L'absence des règles jusqu'à ce jour, les coliques intermittentes, qui ne pouvaient être que de nature utérine, le volume de la matrice, remontant au moins à 4 travers de doigt au-dessus du pubis et à gauche de laquelle se trouvait dans la fosse iliaque une masse pâteuse *en forme de boudin*, enfin la constatation par le toucher rectal d'une tumeur énorme et fluctuante dans l'excavation du sacrum, tous ces symptômes réunis, dis-je, mirent sur la voie du diagnostic : il existait chez cette jeune fille une *rétention des menstrues par imperforation de l'hymen* : et la tumeur arrondie d'un rouge vineux qui venait faire saillie au niveau de la vulve et qui avait laissé croire à une grossesse chez une personne *aussi complètement vierge*, cette tumeur était évidemment formée par le sang des règles, accumulé dans les organes génitaux internes et repoussant en avant un hymen imperforé très-épaissi.

L'indication, pour le chirurgien, était aussi urgente que facile à remplir : pratiquer l'ouverture de cette cloison obturatrice complète. C'est ce que fit M. Tillaux, séance tenante ; il plongea un bistouri dans la partie la plus proéminente de la poche et incisa verticalement ; un jet de sang noir chocolat, sirupeux, sans odeur, s'élança avec force et remplit bientôt un bassin en cuivre ce qui amena un soulagement immédiat chez la malade sans déterminer aucune tendance à la syncope. Les deux lèvres de l'ouverture furent excisées et alors commença un traitement consistant dans le *repos le plus absolu, l'immobilité la plus complète* de peur de provoquer de la périto-

nite, soit par la compression abdominale, qui a été conseillée en pareille circonstance, soit par des injections dont quelques gouttes auraient pu pénétrer dans la séreuse par les trompes dilatées.

D'après le Dr A. Puech, en effet (1), 16 fois sur 300 cas et suivant les observations de la Bibliothèque médicale, le sang menstruel, après avoir distendu l'utérus, a reflué dans les trompes qu'il a dilatées, et en est sorti par le pavillon pour s'épancher dans le péritoine. Bien que M. F. Guyon ait démontré qu'à l'état physiologique le reflux liquide par la trompe soit impossible, M. Puech invoque des faits pathologiques qui prouvent la possibilité du reflux des liquides, à travers les *ostia uterina* dans certaines oblitérations des voies génitales, la cavité utérine demeurant libre.

M. Tillaux abandonna l'expulsion de la petite quantité de liquide intra-utérin, à la contraction de cet organe, pour éviter, en comprimant, de produire un vide aspirateur, et il se contenta de maintenir béante l'ouverture de l'hymen, en introduisant l'extrémité d'un doigt chaque jour à la visite. Nous avons revu la malade plus d'un mois après, dans l'état le plus satisfaisant : il n'était pas survenu le moindre accident, l'utérus avait repris graduellement son volume normal : la tumeur iliaque gauche, formée par la dilatation de la trompe correspondante, avait disparu ; la malade pouvait être considérée comme entièrement rétablie.

Enfin, Boyer dit même que, malgré la facilité du diagnostic, l'affection a été quelquefois entièrement méconnue et que la rétention du sang menstruel a entraîné la mort des malades.

Comme corollaire pratique de tout ce que nous venons d'exposer à propos de la marche suivie par les accidents que détermine l'imperforation de l'hymen et du diagnostic de cette malformation, il résulte la proposition suivante : chaque fois que, chez des jeunes filles pubères ayant déjà présenté à plusieurs intervalles les symptômes rationnels de la menstruation, cette dernière fonction ne s'établira pas et que les règles n'au-

(1) Loco citato.

ront jamais apparu une seule fois, le médecin consulté se fera un devoir de demander immédiatement l'examen des organes génitaux, il raisonnera la malade et lui montrera toute la gravité de sa position : si elle refuse il insistera et exigera presque si ce refus devient obstiné. Mais cet examen nécessaire, indispensable, ne doit pas se borner à constater l'imperforation du vagin. Il faut pousser plus loin les investigations et s'assurer si elle est simple, constituée seulement par la présence de l'hymen ou bien si on a affaire à une déformation beaucoup plus grave, je veux parler de l'absence du vagin ou de l'oblitération de l'utérus : c'est alors que le *toucher rectal*, le *palper abdominal*, le *cathétérisme vésical*, soit isolés, soit combinés ensemble, rendront les plus grands services et pourront, dans *la plupart des cas*, vous permettre d'établir solidement le diagnostic.

(*A suivre.*) Dr GILLETTE.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

CONTRIBUTION A L'ÉTIOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE

DU CANCER UTÉRIN,

Par le Dr Martin,
Professeur de clinique gynécologique à l'Université de Berlin.

ÉTIOLOGIE. — L'*hérédité* a un rôle bien moins important que celui qu'on lui fait jouer ordinairement.

L'opinion des auteurs français qui prétendent qu'une *menstruation anormalement précoce* prédispose au cancer, n'est pas plus justifiée que celle que la maladie atteindrait de préférence les *femmes qui ont eu beaucoup d'enfants*.

Si les lésions mécaniques des lèvres du col, si fréquentes pendant l'accouchement, avaient une influence toute spéciale sur le développement du cancer, il devrait être infiniment plus répandu qu'il n'est et exister à un même degré en tous lieux, ce qui est contraire à l'expérience. — Il est bien difficile de contrôler l'opinion des médecins qui font jouer un rôle au déve-

loppement considérable du sens génésique. Toutefois, au cas où cette *ardeur des sens* pousserait à des rapports sexuels plus fréquents et plus variés, elle pourrait favoriser l'apparition du cancer.

E. Martin accorde une importance beaucoup plus considérable aux *affections morales dépressives*; mais, bien qu'il soit convaincu que le cancer utérin est plus commun chez les femmes qui ont des soucis ou l'humeur triste que chez les autres, il n'en peut dire la raison.

Les nombreux cas qu'il a pu observer lui ont fourni quelques renseignements précis qu'il résume ainsi :

1° Sont atteintes de bonne heure de cancer utérin les femmes qui sont en bonne santé, mais dont les maris, tout en continuant à avoir avec elles des rapports conjugaux, ont été gagner ailleurs des affections des organes génitaux.

2° Sont atteintes de cancer de l'utérus les femmes saines qui, en dehors de leur mari bien portant, ont eu des relations habituelles avec un homme qui a quelque maladie sexuelle actuellement, ou qui en présente encore des traces.

3° Les veuves sont particulièrement atteintes de cancer de la matrice lorsque leur mari avait présenté des suites (restées parfois inaperçues) d'affections contagieuses, telles que rétrécissements de l'urèthre, etc. Il n'est pas rare que le cancer ne se développe chez elles qu'après qu'elles se sont remariées avec un homme sain et vigoureux.

Quel rapport immédiat relie les *affections contagieuses des organes génitaux* au cancer, c'est ce que des recherches ultérieures seules pourront dire. Pour le moment l'auteur doit se contenter de recommander ces faits d'observation à l'attention des pathologistes. Ils se trouvent d'ailleurs en accord avec la manière de voir des auteurs qui disent que le cancer de l'utérus est une maladie qui sévit sur les populations des grandes villes, tandis qu'il est extrêmement rare à la campagne et dans les petites localités.

THÉRAPEUTIQUE. — *Traitement radical.* — Personne n'admet plus la possibilité d'une guérison radicale du cancer par des

médicaments internes ou par les cures d'eaux. Ce sont surtout les granulations et les érosions en cas d'endométrite du col et certaines métrites chroniques après avortement qui expliquent les succès annoncés.

La cure radicale consiste avant tout à enlever la masse morbide, puis à en prévenir la reproduction. On satisfait à la première indication dans cette clinique, avec le bistouri, avec la guillotine, avec les ciseaux, l'écraseur ou avec l'anse galvanocaustique ; dernièrement, en outre, avec des cuillers à bords tranchants. — Pour se mettre dans les meilleurs conditions de succès, il faut amputer jusque dans les tissus sains. Mais encore on n'est sûr de la réussite que quand le cancer n'est que peu avancé, qu'il ne siége que sur une lèvre et qu'on a soin, au bout de quelques jours après l'ablation, de pratiquer des cautérisations répétées avec le caustique de Vienne. Dans ces conditions aidées par un régime et une hygiène convenables, l'auteur a pu obtenir quelques cas de guérison parfaite pour des cancers diagnostiqués au microscope par des anatomo-pathologistes. Des faits semblables, bien que très-rares, ont confirmé chez lui l'idée que le cancer de l'utérus a parfois un point de départ tout local. Quant aux ablations de masses cancroïdales s'étendant aux deux lèvres, alors même que le vagin ne serait pas pris et que la cicatrisation se serait opérée avec une rapidité surprenante, ce qui arrive quelquefois, — dans tous les faits connus de l'auteur, cette opération ne met pas à l'abri des récidives, quel que soit d'ailleurs le procédé employé, y compris l'ablation avec les curettes, qui permet une cicatrisation si prompte.

La destruction au moyen du fer chaud, de la lampe à gaz ou de la galvanocaustique, a l'avantage d'arrêter très-vite les hémorrhagies et peut produire ainsi un soulagement momentané ; mais il n'est pas rare de voir, après l'emploi de la chaleur rayonnante, une répullulation rapide, paraissant même hâtée, des excroissances cancéreuses.

La destruction du cancer par les caustiques chimiques peut se faire soit par des applications directes de potasse caustique, de pâte de Vienne, d'acide nitrique fumant, d'acide sulfurique.

de brôme, de solution de sesquichlorure de fer, de chlorure de zinc, etc., soit par des injections pratiquées dans la tumeur elle-même. Voici, à cet égard, les résultats des essais thérapeutiques très-nombreux de l'auteur :

1° Quand on cautérise, au moyen de la chaux et de la potasse caustiques, la base d'un cancroïde dont on a fait l'ablation, on obtient parfois une cicatrisation durable; mais,

2° Le plus souvent les hémorrhagies et les douleurs seules sont écartées pour un temps et la récidive n'est nullement empêchée.

3° Les injections dans la tumeur avec le nitrate d'argent, l'acide chromique, le brôme, etc., n'ont jamais produit d'effet notable, bien que répétées à plusieurs reprises ou faites simultanément en différents points. Parfois il a semblé se faire au niveau de l'injection, un ratatinement et une rétraction de tissus, mais cette amélioration même n'a jamais été de durée.

Le *traitement palliatif* a des devoirs multiples en face de la variété des symptômes et des complications :

1° Aux phénomènes du début appartiennent les écoulements muco-purulents et les hémorrhagies, qui présentent d'ailleurs des différences très-nombreuses quant à leur époque d'apparition, à leur quantité et à leurs qualités. Contre les écoulements aqueux et muqueux, ce sont les injections vaginales avec une solution de sulfate de cuivre ou d'alumine qui ont le mieux réussi : mais, dans plusieurs cas, celles d'alun ont provoqué de vives douleurs.

Contre les hémorrhagies, l'auteur recommande les injections d'eau froide, de tannin et de créosote ; dans les cas très-graves, des tampons imbibés avec du tannin liquide ou pulvérisé, ou bien avec du perchlorure de fer étendu ; et, comme adjuvant, des compresses froides.

Dans les écoulements sanieux et fétides, l'auteur a moins à se louer de l'hypermanganate de potasse et du chlore que de la créosote combinée avec l'emploi du tannin. Il s'est aussi servi plusieurs fois très-avantageusement, comme détersif, du chlorate de potasse, qu'il employait tantôt sous forme de poudre

introduite au moyen d'un spéculum en verre laiteux, avec ou sans tampon d'ouate, tantôt sous forme d'une solution concentrée (1/16) en injection. Sous son influence, les végétations se détergeaient, perdaient de leur vive coloration, les hémorrhagies devenaient plus rares : ce médicament n'a jamais causé ni douleurs, ni sensation de brûlure.

2° Les douleurs, parfois si cruelles, siégeant dans les lombes et dans le ventre, ont été le mieux combattues par la morphine ou l'opium, aussi bien à l'intérieur qu'en injections souscutanées. Malheureusement on est obligé d'en accroître rapidement les doses ; l'auteur a vu des malades à qui il fallait plus de 0,75 cent. par jour pour obtenir quelque soulagement, et qui ont continué ainsi pendant des semaines.

Parfois on parvient à supprimer momentanément les douleurs par d'énergiques cautérisations avec des crayons caustiques.

L'auteur emploie fréquemment, en cas d'insomnie, le chloral, soit à côté de la morphine et de l'opium, soit combiné avec eux.

Un suppositoire de beurre de cacao avec extrait de belladone et opium, peut être utile en cas de douleurs violentes.

3° Un ordre particulier de symptômes pas très-rare est l'hydronéphrose unilatérale ou double. L'auteur l'a rencontrée 57 fois sur 93 autopsies.

Consécutivement à la diminution de la sécrétion urinaire (qui peut être moindre de 200 gr. dans les 24 heures), il se produit dans certains cas, soit des vomissements aqueux très-opiniâtres qui durent des semaines entières, soit de la diarrhée, soit encore, malgré la position horizontale, un œdème des membres et de la face, qui est surtout accusé le matin. Le coma et le délire se voient aussi quelquefois. Pour combattre ces troubles, de petites doses d'iodure de potassium ont fait plusieurs fois merveille entre les mains de l'auteur. Sous l'influence de ce traitement, on voyait la sécrétion urinaire augmenter d'une façon surprenante, atteindre bientôt 1,200 gr. et même plus ; les vomissements, le coma, l'œdème inutilement combattus jusque-là par les médicaments les plus divers, disparais-

saient au bout de quelques jours. Dans un certain nombre de cas même, l'iodure de potassium fit cesser une rétention d'urine due sans doute à un changement dans la position des extrémités inférieures des uretères.

4° Les thromboses des veines fémorales consécutives à une propagation du cancer au tissu cellulaire du bassin, thromboses qui, occasionnant des œdèmes considérables et rebelles des extrémités inférieures, ont disparu parfois grâce à des applications froides ou d'eau blanche, aidées par l'usage de la quinine à l'intérieur ; dans d'autres cas, l'auteur a fait avec succès l'enveloppement des parties tuméfiées dans des bandes de laine. Il va de soi que dans le cancer utérin, les obstacles à la circulation pelvienne étant de nature permanente, ce mode de traitement est moins efficace que dans la phlegmatia des femmes en couches.

5° Une des complications les plus fréquentes est la péritonite, qui tantôt se montrant de bonne heure paraît due à une salpingite concomitante et amène des adhérences avec les organes voisins, tantôt aussi formant le dernier anneau de la série des lésions secondaires au cancer, arrive souvent alors, par la fonte cancéreuse de la paroi postérieure du vagin et l'issue de la sanie dans les replis de Douglas, ou plus rarement par perforation du péritoine causée par des noyaux cancéreux ramollis du tissu cellulaire du bassin. Ici la thérapeutique est très-bornée dans son action; elle consiste essentiellement en applications tièdes ou froides sur le ventre, en glace et teinture d'opium à l'intérieur; très-rarement on doit recourir aux sangsues.

6° Il reste, pour finir, les suites les plus incommodes du cancer utérin, les fistules vésico et recto-vaginales. Ici le traitement se borne à des injections faites assidûment, à des bains de siége, à des soins fréquents de propreté et à l'emploi de pommades rafraîchissantes telles que l'onguent de zinc avec opium et à des compresses d'eau blanche appliquées sur les parties des téguments qui sont à vif. (*Berlin Klin. Wochenschrift*, 1873, n° 28.)

A. B.

MÉMOIRE
SUR LES AFFECTIONS DES PARTIES GÉNITALES
CHEZ LES OISEAUX.

Par le Dr O. Larcher.

Dans ce mémoire, qui fait partie d'un ouvrage en cours de publication, intitulé : *Mélanges de pathologie comparée et de tératologie*, l'auteur étudie les affections qui peuvent atteindre l'ovaire, l'oviducte et le cloaque, et, se basant sur les résultats de ses recherches personnelles et sur l'analyse des rares travaux de ses devanciers, arrive, en ce qui concerne les maladies de l'ovaire, aux conclusions suivantes :

I. L'ovaire des oiseaux, déjà remarquable par ce seul fait, qu'il est ordinairement unique, au moins chez les adultes, offre encore, comme chacun le sait, des différences d'aspect très-considérables, selon qu'on l'examine à l'époque où s'exerce sa fonction, ou, au contraire, pendant la période du repos.

A. L'*atrophie passagère* dont il est le siége dans cette dernière circonstance, n'est pas la seule dont il puisse être atteint. Il n'est pas très-rare, en effet, surtout chez les oiseaux domestiques, qu'une exagération de cette tendance normale entraîne une *disparition complète et définitive de la glande ovigène*, dont il devient dès lors impossible de retrouver la moindre trace; et, cette sorte d'atrophie ayant été observée quelquefois sur des oiseaux (notamment sur des poules) qui n'avaient jamais pondu et qui étaient d'ailleurs exempts de toute lésion (récente ou ancienne) des organes abdominaux, il n'est pas invraisemblable qu'elle puisse dater, au moins quelquefois, d'une époque voisine du moment de la naissance.

B. La disparition atrophiée de l'ovaire s'observe pourtant plus habituellement chez des oiseaux qui ont parcouru déja une longue période de leur existence; et alors, outre l'état plus ou moins rudimentaire de l'oviducte, on observe en même temps, assez souvent (mais non pas toujours), une modification remarquable de l'appareil tégumentaire, modification qui a paru coïncider, quelquefois aussi, avec l'existence d'une véritable altération morbide de l'ovaire, et qui consiste dans la disparition des attributs extérieurs de la femelle, remplacés désormais par ceux qui appartiennent à la livrée du mâle. L'altération ovarique que l'on rencontre en pareil cas rentre dans le groupe général de celles que l'on observe encore assez souvent en dehors d'une semblable coïncidence.

II. A. L'ovaire, en effet, est exposé à devenir le siége d'*altérations diverses*. Tantôt la glande est entièrement transformée en une masse dure, comme *cartilagineuse*, et douée d'une consistance uniforme sur les différents points de son étendue; tantôt des *tubercules* ou quelques *points mélanotiques* se montrent au milieu de son parenchyme ou à sa surface; tantôt la plupart des capsules ovigères, se laissant graduellement dilater au lieu de se rompre sous la pression excen-

trique de leur contenu, les ovules séjournent (chacun sous son enveloppe particulière), s'accumulant et s'entassant ainsi les uns à côté des autres, et finissant par déterminer, après un temps plus ou moins long, la formation de *concrétions* plus ou moins volumineuses, parfois assez dures, et susceptibles d'opposer même une certaine résistance à la section. Dans d'autres cas encore, l'ovule, dont le séjour s'est prolongé outre mesure dans sa capsule, finit par ne plus renfermer qu'un liquide incolore et visqueux, au lieu de la matière jaune ordinaire, et constitue ainsi une sorte de *kyste*. Les petites tumeurs de ce genre, qui sont quelquefois au nombre de plusieurs, atteignent un volume parfois assez considérable, et, suspendues encore à la glande par un pédicule membraneux, plus ou moins long (qui n'est autre que le pédicule du calice ovarien), elles continuent de se développer dans l'intérieur de la cavité abdominale, où elles peuvent exercer sur les organes voisins, et notamment sur l'oviducte, une pression qui parfois entraîne, à son tour, de nouveaux désordres.

B. Enfin, il arrive encore quelquefois que telle ou telle des capsules ovigères, ayant ou non subi quelque altération préalable, au lieu de se flétrir après la chute de l'ovule, se détache du reste de la grappe ovarienne et tombe ainsi dans la cavité abdominale, à moins que l'oviducte lui-même, venant à la recueillir, ne lui fournisse une enveloppe particulière, ou ne l'englobe au-dessous de celle dont s'entourait déjà quelque œuf encore inachevé. (*Journal d'anatomie et de physiologie*, publié par M. Ch. Robin ; nº de novembre 1873).

REVUE CLINIQUE.

HÉMORRHAGIE AU DÉBUT DU TRAVAIL PAR SUITE DU DÉCOLLEMENT PRÉMATURÉ DU PLACENTA. — MORT DU FŒTUS. — DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE. — GUÉRISON DE LA MÈRE.

Par le Dr Pilat,
Professeur d'accouchements à l'Ecole préparatoire de médecine de Lille.

Me X..., primipare, de taille moyenne, pâle, d'un tempérament lymphatico-nerveux, régulièrement réglée et d'une bonne santé apparente, a vu l'écoulement menstruel pour la dernière fois à la fin du mois d'août 1872. A part des vomissements du deuxième au cinquième mois, sa grossesse n'a été entravée dans son cours par aucun accident notable; dans les derniers mois, il est survenu un écoulement leucorrhéique fort léger et sans influence sur l'état général.

Dans les derniers jours de mai 1873, correspondant à la neu-

vième époque cataméniale, Me X... éprouve quelques douleurs de reins qui rendent la marche difficile et pénible, le ventre est tendu, mais les mouvements actifs du fœtus sont perçus comme d'habitude. Le 3 juin, les mouches apparaissent dans la soirée, la malade se couche à son heure habituelle, mais vers deux heures du matin, elle est réveillée par une douleur vive ayant son siége vers le fond de l'utérus du côté gauche, puis bientôt après elle ressent une espèce de colique qu'elle pense tenir à un besoin pressant d'aller à la selle; elle se lève, se met sur sa chaise percée et rend après un léger effort, au lieu de matières fécales, du sang pur (300 grammes environ); effrayée à la vue du sang, elle se couche immédiatement, éprouve du frisson, continue à perdre du sang et me fait appeler au bout d'un quart d'heure. Rapproché de sa demeure, j'arrive immédiatement et je trouve la malade dans l'état suivant : face pâle, extrémités froides, pouls fréquent, petit, dépressible. Les douleurs, vers le fond de l'utérus, ont reparu et je constate par le palper abdominal une tumeur grosse comme le poing vers l'angle gauche de l'utérus, à l'insertion de la trompe; je pratique le toucher et je trouve le col dilaté comme une pièce de 1 franc, en faisant pénétrer le doigt dans cette ouverture, je constate que c'est l'extrémité céphalique qui se présente, qu'elle est en position occipito-iliaque gauche antérieure et déjà assez engagée dans le détroit supérieur. Les mouvements du fœtus ne sont plus perçus par la mère depuis le commencement de l'hémorrhagie. L'auscultation, pratiquée immédiatement, ne me fait pas reconnaître le double bruit du cœur là où il doit être perçu; tout me porte à penser que le fœtus a cessé d'exister par suite d'asphyxie.

Je ranime la femme en lui administrant quelques cuillerées de vin chaud avec addition de cannelle, et comme l'écoulement de sang continue avec une certaine abondance pendant les contractions de l'utérus, je me mets en mesure de pratiquer le tamponnement, vu l'impossibilité d'opérer la version avec succès à cause de l'engagement de la tête dans le bassin et le peu de dilatation du col.

Pour cela, j'applique le spéculum, après avoir fait placer la

malade dans une position convenable et j'introduis avec la pince à faux germe un tampon d'étoupes imbibées d'eau vinaigrée dans le col de l'utérus, puis retirant peu à peu le spéculum, j'introduis de même successivement 7 à 8 boules d'étoupes dans le vagin, de manière à le distendre fortement. Je maintiens le tout avec un bandage en T, appliqué fortement sur la vulve.

L'écoulement du sang s'arrête complètement, à partir de ce moment, les contractions de l'utérus qui se sont propagées jusqu'au segment inférieur continuent sans interruption et deviennent très-énergiques. Le pouls se relève, la chaleur reparaît aux extrémités et la malade reprend un peu d'énergie. Vers quatre heures du matin, les étoupes étant fortement humectées et du sang séreux s'écoulant de nouveau par la vulve, je me décide à enlever le tampon et je constate par le toucher que le col est suffisamment dilaté pour appliquer le forceps. La poche des eaux commence à bomber pendant les contractions de la matrice.

Je fais appeler immédiatement un confrère du voisinage pour me servir d'aide, et aussi afin de pouvoir porter un secours plus efficace à la femme dans le cas où il surviendrait, pendant l'opération, un accident imprévu. Le poche des eaux étant rompue, le forceps est appliqué obliquement, afin de saisir la tête de l'enfant dans son diamètre bi-pariétal et je fais exécuter à la tête un mouvement de rotation qui amène facilement l'occiput sous l'arcade du pubis. Arrivé au quatrième temps (temps de dégagement), comme la vulve est assez étroite et les douleurs toujours énergiques et rapprochées, je retire les branches du forceps afin de ne pas léser le périnée et j'abandonne le travail à lui-mêmè. Au bout de dix minutes environ, la tête franchit la vulve et l'extraction du tronc se fait sans encombre. L'enfant était mort, comme du reste je l'avais prévu et déclaré au mari de cette dame, peu de temps après mon arrivée. La face était pâle, les lèvres et les extrémités bleuâtres.

Le placenta, qui était décollé prématurément, suivit l'extraction du fœtus, ses membranes retournées contenaient dans leur intérieur des caillots de sang en assez grande quantité, j'en retirai également du vagin. Bien que l'utérus fût revenu sur

lui-même, j'administrai 50 centig. d'ergot de seigle et appliquai ensuite un bandage de corps autour de l'abdomen.

Le placenta, examiné attentivement, ne présentait aucune déchirure, du sang coagulé se trouvait comme incrusté entre les cotylédons dans une certaine étendue, surtout vers le centre.

Le 4 au matin, la femme se trouve assez bien, néanmoins les lèvres sont encore décolorées, le pouls est assez fréquent (96 pulsations), peu résistant, mais sans dicrotisme. La chaleur de la peau est vive, l'utérus s'élève à 12 centimètres au-dessus du pubis. Je prescrivis du bouillon et un lait de poule pour le soir.

Le 5, après une nuit assez agitée, le ventre est devenu ballonné et douloureux vers la région hypogastrique; je ne constate pas par le palper les cordons douloureux signalés par M. Béhier, vers les fosses iliaques (1); il n'y a ni nausées, ni vomissements, un peu de céphalalgie, soif toujours vive, pouls à 120. — Prescription : chiendent nitré, cataplasme laudanisé sur le ventre, bouillon.

Le 6. Persistance du ballonnement qui rend la respiration un peu gênée, douleurs comme la veille, pouls à 116; chaleur de la peau toujours vive avec un peu de moiteur; le soir redoublement de la fièvre, les seins commencent à se tendre, les lochies sont normales, non fétides.

Le 7. Le ballonnement diminue, la douleur s'apaise, le pouls à notre visite du matin, ne présente plus que 96 pulsations, mais le soir il y a comme la veille un redoublement et je constate 112 pulsations; les seins sont très-distendus et douloureux. — Prescription : chiendent nitré, cataplasmes sur les seins, bouillon, lait de poule.

Le 8. L'état de la malade est satisfaisant, néanmoins pour prévenir le redoublement du soir, je fais administrer 40 centig. de sulfate de quinine en 2 doses. Prescription : bouillon, vin de quinquina, potages.

Les jours suivants, l'amélioration s'accentue davantage et je continue le sulfate de quinine à la même dose, et je prescris quelques aliments solides.

---

(1) Clinique médicale.

La convalescence s'établit définitivement le 10. Ce jour, j'administre un léger purgatif (30 gr. d'huile de ricin) et la guérison est complète le 14.

Dans le cas que je viens de rapporter, je suis autorisé, je crois, à rapporter le décollement prématuré et rapide du placenta à une contraction spasmodique de l'utérus en forme de godet, qui en opérant des tiraillements sur les connexions utéro-placentaires, a amené leur rupture et produit d'abord une hémorrhagie entre l'utérus et le placenta et peu après un décollement des membranes qui a permis au sang de s'écouler au dehors, de sorte que dans ce cas, il n'y a point eu de distension considérable de l'organe et les contractions de l'utérus ont pu continuer avec une certaine énergie. Cette circonstance favorable m'a permis d'espérer la terminaison de l'accouchement par le forceps, aussitôt que le col serait suffisamment dilaté, si la matrice toutefois ne se suffisait pas à elle-même. La tête du fœtus était d'ailleurs trop engagée pour tenter la version avec quelque chance de réussite. L'accouchement forcé me parut trop dangereux pour oser l'entreprendre; j'ai préféré le tamponnement qui aidé des contractions de l'utérus devait favoriser la dilatation du col; cette conduite en cette circonstance a été couronnée d'un plein succès.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Détermination de l'âge de l'embryon humain par l'examen de l'évolution du système dentaire, par M. le Dr Magitot.

« La détermination de l'âge du fœtus humain, en dehors de tout renseignement sur l'époque de la fécondation et par l'examen anatomique du produit expulsé, est un problème qui a depuis longtemps attiré l'attention des médecins.

« En poursuivant nos recherches sur l'évolution du follicule dentaire (voir Legros et Magitot, *Comptes rendus*, t. LXXVII, p. 1377 ; 1873), nous sommes arrivés à fixer avec précision la chronologie de ce follicule.

Etat de l'évolution folliculaire aux différents âges de la vie embryonnaire chez l'homme.

ÉTAT DE L'EMBRYON			DÉSIGNATION DES FOLLICULES										
			DENTITION TEMPORAIRE.					DENTITION PERMANENTE.					
SA LONGUEUR du vertex aux talons.	SON POIDS TOTAL.	L'AGE correspondant.	Incisive centrale.	Incisive latérale.	1re molaire	2e molaire.	Canine.	Incisive centrale.	Incisive latérale.	Canine.	1re prémolaire.	2e prémol.	1re molaire
3 centim.	3 gr. à 3 g. 1/2	7e semaine.	A cette date, on n'observe au bord des mâchoires de l'embryon que le bourrelet épithélial et la lame de Kolliker. Les bourgeons des os maxillaires supérieurs et incisifs ne sont pas soudés, et l'arc maxillaire inférieur ne contient que le cartilage de Meckel sans aucune trace osseuse. C'est dans le cours de cette septième semaine que se forment successivement et dans l'ordre de leur désignation, les cordons épithéliaux (organes de l'émail) de la dentition temporaire.					Aucune trace de ces follicules.					
3 à 4 cent.	10 à 12 gr.	9e semaine.	A cette date apparaît, en regard de l'extrémité plongeante du cordon épithélial, la première trace du bulbe. Cette genèse a lieu à peu près simultanément ou à un jour ou deux d'intervalle pour la même série des follicules temporaires.					Aucune trace de ces follicules.					
4 à 6 cent.	45 à 48 gr.	10e semaine.	A ce moment la paroi folliculaire se détache de la base du bulbe pour s'élever sur les côtés. Cette genèse s'effectue dans le même ordre que les précédentes.					Aucune trace de ces follicules.					
15 à 18 cent.	100 à 120 gr.	15e semaine.	La paroi folliculaire continue son évolution. Le bourgeon épithélial commence sa transformation en organe de l'émail.										Apparition du cordon épithélial descendant de la lame
18 à 19 cent.	120 à 180 gr.	16e semaine.	La paroi folliculaire est close; le cordon épithélial est rompu et le follicule est dès lors indépendant de toute connexion avec la muqueuse.					Apparition du cordon épithélial par dérivation du cordon primitif de chacune des dents caduques correspondantes.					
20 à 21 cent.	180 à 220 gr.	17e semaine.	Apparition du chapeau de dentine.				Apparition du chapeau de dentine.						Apparition du bulbe.

21 à 24 cent.	220 à 250 gr.	18e semaine (4 mois).			1re molaire. Apparition du chapeau de dentine.	2e molaire.			Apparition de la paroi folliculaire
			DIMENSIONS EN HAUTEUR VERTICALE DU CHAPEAU DE DENTINE						
25 à 27 cent.	280 à 450 gr.	20e semaine.	1 mm. 5	1 mm. 5	1 mm.	1 mm.	1 mm. 5	Apparition du bulbe.	Clôture de la paroi et rupture du cordon.
32 à 35 cent.	1 kg. à 1 kg. 500	25e semaine (6 mois).	1 mm. 9	1 mm. 9	1 mm. 4	1 mm. 4	1 mm. 9	La paroi folliculaire, apparue après la vingt et unième semaine, a déjà acquis un certain développement.	Apparition du chapeau de dentine.
37 à 39 cent.	1 kg. 500 à 2 kg.	28e semaine (6 mois 1/2).	2 mm. 4	2 mm. 4	2 mm.	2 mm.	2 mm. 4	La paroi folliculaire continue son évolution ; le bourgeon épithélial commence sa transformation en organe de l'émail.	Le chapeau de dentine a 0mm,1 à 0mm,2 de hauteur verticale.
40 à 42 cent.	2 kg. à 2 kg. 500	32e semaine (7 mois 1/2).	2 mm. 9	2 mm. 9	2 mm. 4	2 mm. 4	2 mm. 9	Continuation des mêmes effets évolutifs.	Les chapeaux de dentine qui recouvrent les sommets bulbaires sont soudés.
44 à 47 cent.	2 kg. 500 à 3 kg.	36e semaine (8 mois 1/2).	3 mm.	3 mm.	2 mm. 8	2 mm. 8	3 mm.	Continuation des mêmes effets évolutifs.	Le chapeau de dentine a 0mm,8 à 1mm de hauteur verticale.
45 à 52 cent.	3 kg. à 3 kg. 500	39e semaine (9 mois).	3 mm. 5	3 mm. 5	3 mm.	3 mm.	3 mm. 5	Clôture de la paroi folliculaire. (Le chapeau de dentine n'est pas apparu ; sa genèse n'a lieu que dans le premier mois qui suit la naissance.)	Le chapeau de dentine a 2 mm. à 1 mm. de hauteur verticale.

« C'est en développant et en complétant ces dernières études que nous avons obtenu les résultats que nous publions aujourd'hui.

« Nos recherches ont porté sur un grand nombre d'embryons humains, composant une échelle qui s'étend depuis le moment où l'individu mesure 3 centimètres jusqu'à l'époque de la naissance. Pour fixer chronologiquement les faits successifs de l'évolution folliculaire, nous avons dû accepter, comme premiers éléments de détermination de l'âge de l'embryon, les documents publiés par les auteurs sur les conditions relatives du poids et de la longueur. Il existe ainsi plusieurs tableaux de ce genre dans les ouvrages classiques d'accouchement et de médecine légale; mais une première remarque nous a frappé tout d'abord, c'est le défaut de concordance, et parfois la contradiction qui séparent ces divers documents. Aussi, après avoir compulsé les principaux d'entre eux, nous avons été conduit à en adopter un à l'exclusion des autres : c'est celui qu'ont publié MM. Littré et Robin dans le *Dict. de médecine* (13e édition, 1873, art. EMBRYON et FŒTUS, p. 509 et 616). Les chiffres donnés par ces auteurs, résultant pour le plus grand nombre d'observations personnelles, nous ont paru présenter plus de garanties d'exactitude. Nous avons pu d'ailleurs les contrôler récemment par la confrontation d'un fait très-rigoureusement observé par M. Guéniot, dans un cas d'avortement à date précise, et dont le produit a été pesé et mesuré avec une extrême rigueur.

« L'ensemble des observations que nous avons recueillies de la sorte constitue le tableau suivant (voir ci-contre).

« Il nous paraît inutile d'insister longuement sur les applications des documents contenus dans ce tableau. Au point de vue physiologique, il établit, pour chaque âge, l'état de l'évolution dentaire; au point de vue médico-légal, on entrevoit des applications qui nous semblent être de la plus haute importance.

« S'agit-il par exemple d'un cas d'avortement et de la recherche de l'âge du produit expulsé, plusieurs cas peuvent se présenter.

« Nous ferons à cet égard diverses hypothèses.

« Dans une première circonstance, l'embryon est intact; il peut être pesé et mesuré rigoureusement, et dès lors l'état des gouttières dentaires viendra seulement apporter un complément utile de démonstration.

« Dans un deuxième cas, l'embryon est divisé en morceaux; la tête, par exemple, aura été séparée du tronc, et celui-ci ne se retrouve pas : aucune notion de dimension et de poids n'est donc réalisable. L'état de l'évolution folliculaire, interrogé sur les différents points des mâchoires au moyen d'une série de coupes parallèles, permettra d'affirmer à quel âge est parvenu l'embryon.

Dans une troisième circonstance, l'embryon aura, si l'on veut, ma-

céré depuis longtemps dans un liquide, dans les latrines par exemple ; les fontanelles se sont ouvertes, le crâne est vidé, les tissus sont infiltrés : le poids et les dimensions ne sont plus perceptibles. Le plus grand nombre des faits de l'évolution des follicules restera encore appréciable ; les cordons épithéliaux sont, en effet, très-difficilement altérables, et le traitement des mâchoires par certains réactifs, l'acide acétique, le liquide de Muller, la gomme, etc., permettra encore de pratiquer des coupes où seront reconnues des dispositions fondamentales.

« Enfin, si nous supposons d'autres cas encore où l'embryon aura été desséché à l'air ou en partie carbonisé dans un foyer, pour peu qu'on puisse recueillir un des maxillaires ou seulement un fragment même très-restreint de ceux-ci, un élément de détermination se retrouvera encore pour la seconde moitié de la vie intra-utérine ; cet élément est tout à fait décisif : c'est le *chapeau de dentine* qui résiste au plus grand nombre des agents destructeurs. En effet, ni la macération, ni la dessiccation, ni la combustion même portée assez loin ne peut atteindre ce petit organe doué, comme on sait, d'une extrême densité et d'une résistance considérable. Il peut ainsi survivre à tous les autres caractères, y compris ceux qui sont empruntés au squelette, et l'on peut voir par notre tableau que, dès le moment qu'il a apparu, la détermination de ses dimensions devient un élément qui s'accuse avec une netteté d'autant plus grande qu'on se rapproche davantage de l'époque de la naissance.

« Nous avons indiqué un certain nombre d'exemples de recherches médico-légales. D'autres peuvent encore se présenter ; nous n'y insisterons pas. Notre but a été d'apporter un contingent d'éléments nouveaux jusqu'ici absolument négligés ou inconnus. Il est réservé au médecin légiste d'en tirer les conséquences et d'en indiquer les applications.

« Dans une prochaine Communication, nous ferons connaître les résultats de nos recherches sur la fixation de l'âge du nouveau-né par l'état de l'évolution des follicules dentaires. » (*Comptes rendus hebd. des séances de l'Académie des sciences*, n° 17, 27 avril 1874.)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Kyste hématique folliculaire chez un nouveau-né. — M. Ch. Perrier communique une observation de kyste hématique folliculaire de la mâchoire inférieure chez un nouveau-né.

Il s'agit d'un enfant né à l'hôpital Cochin d'une mère syphilitique. Il présentait au niveau de l'incisive moyenne gauche une tumeur du volume d'un gros pois, débordant le maxillaire en haut et en arrière. Elle était fluctuante et d'une teinte bleuâtre comme tran-

sparente ; en tous points semblable à la coloration des grenouillettes très-distendues. L'enfant ne vécut que huit jours.

A l'autopsie on ne trouva aucune lésion des viscères attribuables à la syphilis.

Le kyste, fendu en deux parties verticalement, contenait une très-petite quantité d'un liquide rosé, ses parois étaient recouvertes d'un caillot épais, qui s'étendait aussi sur la surface de la dent. Les parois étaient constituées par la membrane folliculaire. Celle-ci, vers le sommet, n'était recouverte que par l'épithélium de la muqueuse gingivale. Cet épithélium s'enfonçait en arrière dans un sillon demi-circulaire, et se réfléchissait pour rejoindre la muqueuse gingivale au niveau de la lèvre postérieure du sillon. Ce repli représentait le bourgeon épithélial de la dent permanente dont le follicule avait avorté. La face interne de la paroi folliculaire était tapissée par un épithélium stratifié, fait important, puisqu'à l'état normal il n'existe en ce point qu'une seule rangée de cellules. La paroi constituée par du tissu conjonctif, assez vasculaire vers le bulbe, ne renfermait que des vaisseaux atrophiés vers son sommet. Quant aux parties constituantes de la dent, émail, ivoire et bulbe, elles ne présentaient rien d'anormal.

Cet examen permet d'affirmer tout d'abord que le kyste congénital a débuté à une époque assez éloignée de la naissance, puisque le follicule de la dent permanente n'existe pas et qu'il est constitué dès la vingt et unième semaine.

La tumeur ne pouvait être attribuée à un traumatisme. L'examen d'un autre follicule dentaire en démontre le mode d'évolution. En effet, au point correspondant du maxillaire supérieur, on trouve la dent permanente et la dent temporaire bien développées, mais dans la paroi folliculaire de cette dernière dent, il existe un petit foyer sanguin, qu'une couche extrêmement mince sépare seule de la cavité de l'organe de l'émail. C'est le premier degré de notre kyste qui ne peut s'expliquer que par rupture d'un semblable foyer. Il reste à savoir si ces hémorrhagies dans les organes formateurs des dents ne sont pas dues à la syphilis. (*Séance du 18 mars 1874. Gaz. hebd.*)

Rétention d'urine produite chez un fœtus par une valvule. — M. Polaillon présente à la Société une pièce recueillie dans son service chez un fœtus nouveau-né. La valvule qui a causé la rétention d'urine, est située à la réunion de la portion membraneuse et de la portion pénienne de l'urèthre, elle est formée par la muqueuse uréthrale et ressemble à un diaphragme assez résistant, percé à sa partie supérieure d'un très-petit orifice qui permet à une certaine quantité d'urine d'être expulsée au dehors.

Les urines s'accumulant derrière cet obstacle ont distendu consi-

dérablement la vessie, l'ouraque et les uretères. Les parois vésicales épaissies, présentent des colonnes charnues très-accentuées. Le sommet de l'ouraque, dilaté, aboutit à l'anneau ombilical, mais il ne pénètre point dans l'intérieur du cordon. Les reins sont atrophiés et l'urine contenue dans ces organes était sanguinolente et épaisse.

Sur le cordon on observe une poche kystique renfermant 30 grammes d'un liquide contenant de l'urée, et qui paraît être de l'urine altérée, néanmoins on ne peut faire refluer ce liquide dans l'ouraque dilaté.

L'enfant qui porte ces lésions est venu au monde dans un état de faiblesse qui ne lui permit pas de vivre au-delà de quelques heures.

M. Polaillon pense que la valvule était primitivement imperforée, et que ce n'est que sous l'influence de la pression de l'urine, que l'ouverture que l'on constate a dû se produire. (Séance du 25 mars 1874, *Gaz. hop.* 1874, p. 316.)

Dans la même séance, M. Polaillon a présenté l'utérus d'une femme accouchée dans son service et présentant un myôme situé au niveau du col de l'utérus. Nos lecteurs trouveront la relation complète de ce fait dans notre numéro de mars, p. 226.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Tumeurs cystiques du sein. — M. Cadiat présente les conclusions suivantes d'un travail qui sera prochainement publié ; ce sont des recherches histologiques sur la *Pathogénie des tumeurs cystiques du sein.*

I. — Les tumeurs cystiques du sein sont des transformations des hypertrophies glandulaires. Dans ces tumeurs hypertrophiques, il y a génération de culs-de-sac, sans développement parallèle des canaux galactophores. La formation de l'élément glandulaire entraîne comme conséquence la sécrétion. Le liquide sécrété ne peut s'écouler, d'où dilatation de l'enveloppe qui le contient et production d'une cavité cystique. Sur une même tumeur on peut suivre toutes les phases de transformation, depuis le cul-de-sac jusqu'au kyste.

II. Les tumeurs, dites cystosarcomes, sont produites par des bourgeonnements du tissu lamineux de cloisonnement dans les culs-de-sac dilatés, une fois que cette dilatation a atteint un certain degré; ou bien par le développement simultané des éléments glandulaires et des éléments embryonnaires du tissu lamineux. De là, deux espèces de tumeurs. Dans tous ces kystes, on retrouve du lait avec ses caractères anatomiques, ce qui prouve leur nature glandulaire.

III. — Les épithéliums des culs-de-sac subissent une série de transformations intéressantes. Semblables dans les plus petites de ces cavités à ceux qu'on voit dans la mamelle, pendant la grossesse, à

mesure que le kyste se constitue et se remplit de liquide, eux aussi se gonflent, deviennent très-volumineux, sans accroissement ou multiplication de leurs noyaux et passent à l'état vésiculeux. Un peu plus tard, leurs noyaux eux-mêmes disparaissent et ces éléments ressemblent alors tout à fait à des cellules végétales. Dans ces transformations, ils peuvent prendre des aspects tels qu'ils ont pu passer, à un examen superficiel, pour des cellules qu'on a appelées cancéreuses. Le liquide et les cellules contenus dans les kystes, se retrouvent avec les mêmes caractères dans toutes les tumeurs dites cystosarcomes, que nous avons vues. Et le kyste lui-même présentait dans son ensemble les modifications que nous avons exposées.

Nous en concluons que toutes ces tumeurs ont pour élément fondamental l'élément glandulaire, existant souvent seul, ou modifié plus ou moins par le développement consécutif ou parallèle de l'élément fibro-plastique du kyste.

M. Giraldès. — L'idée de l'origine glandulaire des tumeurs cystiques de la mamelle est fort ancienne; Brodie, bien avant Velpeau et les auteurs modernes, l'avait énoncée explicitement dans ses ouvrages, et moi-même je l'ai indiquée expressément, sans pouvoir prouver le fait autrement que par les moyens usités de mon temps. Les recherches de M. Cadiat viennent apporter une confirmation à cette théorie. (Séance du 9 janvier 1874; *Progrès médical.*)

Présentation de la face avec procidence d'un bras et du cordon. Thrombus de la vulve. Mort. Autopsie. Rupture de l'utérus. Disjonctions multiples des os de la face du fœtus. — *Par* H. Petit, *interne des hôpitaux de Paris.* — K...., salle Sainte-Marguerite, n° 1, hôpital Saint-Antoine, service de M. Peter.

Le 9 mars, à quatre heures du matin, on amenait à l'hôpital Saint-Antoine une femme en mal d'enfant, avec un billet portant les renseignements suivants, fournis par le médecin qui l'assistait en ville :

Présentation de la face. Procidence du bras et du cordon. Thrombus de la vulve développé avant toute manœuvre. Version ou forceps impossible.

La malade était bien à terme; elle avait accouché une première fois, il y a trois ou quatre ans, sans aucun accident. Elle avait commencé à sentir quelques petites douleurs la veille au matin, mais le travail ne s'était franchement déclaré qu'à huit heures du soir.

Le ventre est très-douloureux; l'utérus forme une saillie considérable en avant et à gauche; on sent, sur sa partie latérale droite, une sorte de bride résistante, étendue de son angle supérieur vers la fosse iliaque droite.

La grande lèvre gauche est le siége d'un épanchement sanguin abondant; la tumeur ainsi formée atteint un volume égal à peu près

à la moitié d'une tête de fœtus à terme ; elle n'est pas très-tendue, et présente une consistance mollasse. Elle déborde notablement la ligne médiane à droite de manière à reporter de ce côté l'orifice vulvaire en le rétrécissant notablement. En arrière, elle se perd insensiblement sur le périnée dont elle dépasse un peu la ligne médiane; en haut, elle se prolonge sur la partie latérale droite du pubis. Sa surface offre, dans la plus grande partie de son étendue, correspondant à la face muqueuse, une coloration d'un noir violacé et un aspect luisant; sur la face cutanée, il n'y a qu'une teinte ecchymotique qui s'atténue petit à petit à mesure qu'on se rapproche du pli génito-crural. La petite lèvre n'est plus représentée que par un léger repli traversant obliquement la tumeur. Vers l'extrémité postérieure de la tumeur existe une excoriation de forme allongée.

Le toucher, pratiqué avec les plus grands ménagements, ne nous permet de constater que la procidence d'une main; nous sentons à côté un corps mollasse, lisse, dont nous ne pouvons préciser facilement la nature; nous ne voulons pas d'ailleurs pousser plus loin, dans un simple but de diagnostic, un examen dangereux, et nous faisons aussitôt prévenir un accoucheur.

La malade est pâle, presque sans pouls; les extrémités sont notablement refroidies; la malade a perdu beaucoup de sang chez elle. Son mari nous apprit dans la journée qu'on avait fait pendant la nuit, sans résultat, plusieurs tentatives d'application de forceps; d'après les renseignements écrits du médecin, ces tentatives ont été postérieures à l'apparition du thrombus.

M. Chantreuil arrive près de la malade à huit heures du matin. Il constate la présentation de la face flanquée d'un bras à travers un col qui présente un diamètre de trois travers de doigt à peine. Il réduit le bras procident et conseille d'attendre, l'intervention étant encore impossible actuellement, et l'engagement de la tête pouvant maintenant avoir lieu. Il reviendra dans l'après-midi, et, si l'accouchement ne se termine pas seul par défaut de rotation de la tête, il se propose de faire la céphalotripsie. Une fois la réduction du bras effectuée, les contractions redeviennent régulières et énergiques et s'accompagnent de douleurs vives.

Vers deux heures, je touchai la malade et je constatai que la tête s'était profondément engagée; la procidence du bras s'était reproduite, et la main venait apparaître à la vulve. Les douleurs continuaient; la forme du ventre n'avait pas changé. Peu à peu les douleurs faiblirent, puis cessèrent complètement. Il s'était fait, depuis l'entrée, un suintement sanguinolent qui formait de larges taches sur les linges de la malade, mais pas d'hémorrhagie à proprement parler.

La malade devenait de plus en plus agitée et ne pouvait rester en

place ; elle avait une soif vive et buvait souvent en petite quantité à la fois ; elle vomit à plusieurs reprises ses boissons ; elle était couverte de sueurs foides, se plaignait d'étouffements, demandait de l'air, le décubitus horizontal lui était très-pénible.

Le pouls, qui était presque insensible le matin, était revenu sous l'influence du café et d'une potion de Tood ; mais vers trois heures, il avait déjà notablement faibli, et il ne tarda pas à disparaître complètement. Puis, peu à peu l'agitation et les plaintes cessèrent, et la malade tomba dans un état de prostration complète. M. Chantreuil, à quatre heures et demie, constata cet état de choses évidemment précurseur d'une mort prochaine, et rejeta toute intervention comme absolument inutile.

La malade succomba à six heures du soir.

Autopsie le 12 mars 1874. — Pneumatose considérable de l'abdomen. Emphysème et marbrures violacées de la partie antérieure du thorax, du dos et des parties latérales de l'abdomen ; face violacée, turgide ; quelques marbrures seulement aux bras et un petit nombre à la partie supérieure des cuisses.

Issue d'une grande quantité de gaz fétides au moment de l'incision de la paroi abdominale. L'abdomen étant ouvert, on voit l'utérus formant dans le flanc droit une tumeur presque du volume d'une tête d'adulte, arrivant à trois ou quatre travers de doigt au-dessous du rebord costal gauche. De l'angle supérieur droit de l'utérus et de tout son côté droit part une lame tendue, formée manifestement par le ligament large surmonté des annexes et fortement infiltrée de sang. L'ovaire occupe la partie supérieure de ce repli, sous forme d'un corps rougeâtre allongé, de 6 à 7 cent. dans le sens transversal, sur 1 et demi dans le sens vertical. Au-dessus de cette bride, on aperçoit le corps du fœtus à demi sorti de l'utérus, le dos à droite et en avant, et le siége arrivant dans l'hypochondre droit, presque au contact du rebord costal. Le fœtus est recouvert de son épiderme soulevé par des gaz ; lui-même est très-fortement emphysémateux.

La symphyse étant ncisée, on peut voir, en rabattant en arrière la vessie et le péritoine environnant, la position de la tête, du bras et du cordon dans le petit bassin. La tête est profondément engagée, le menton en avant et un peu à gauche ; le cou est par conséquent assez tendu. Le bras droit occupe la partie postéro-latérale droite de l'excavation, il est solidement serré entre la tête et la paroi. Le cordon fait une anse étendue de la partie latérale droite du vagin, au voisinage du bras, jusqu'à la partie latérale gauche.

La déchirure qui livre passage au fœtus intéresse la partie latérale droite du col et de l'utérus dans une hauteur de 10 centimètres. Le péritoine, seul ou doublé de quelques débris du tissu du ligament large, la limite en avant. Le feuillet postérieur du ligament large est

déchiré jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'angle droit de l'utérus. Le col n'est bien distinct qu'à sa partie postérieure; en avant, il est difficile à distinguer du vagin et de la paroi utérine très-amincie. Il n'y a qu'un peu de sérosité sanguinolente dans l'abdomen; pas encore de péritonite.

Le thrombus occupe la grande lèvre gauche, dans l'épaisseur de laquelle il forme une poche contenant 200 à 250 grammes de sang noirâtre coagulé; les parties voisines de la collection sont infiltrées, et celle-ci se prolonge le long de la paroi gauche du vagin, jusqu'au niveau de l'épine sciatique.

Le placenta est encore dans l'utérus, et ne se détache que quand on a examiné la pièce à plusieurs reprises; il ne présente rien de particulier à noter. Le cordon est flétri, brunâtre et distendu par des gaz.

L'ovaire droit présente à sa surface un assez grand nombre de petites taches purpuriques, ecchymotiques, de forme arrondie. A l'une de ses extrémités existe un corps jaune du volume d'un gros haricot. L'ovaire gauche est transformé en une poche allongée, dont la paroi est, sur une certaine étendue, d'une teinte rougeâtre, sombre, et comme infiltrée de sang; cette poche présente à sa paroi interne deux petites végétations muqueuses de consistance cartilagineuse; ce kyste était vide alors que les parties étaient encore en place et qu'on n'avait encore rien fait pour les isoler.

Les lésions les plus intéressantes de cette autopsie ont pour siége la tête du fœtus; elles sont évidemment le résultat des applications successives de forceps. Elles consistent en disjonctions des divers os de la face et des diverses parties de ces os.

Le maxillaire inférieur est disjoint au niveau de sa symphyse. Les os malaires sont séparés des apophyses zygomatiques et des maxillaires supérieurs; ces derniers sont séparés l'un de l'autre et les sutures qui unissent leurs branches montantes aux frontaux sont disjointes. Il en est de même des commissures supérieures et inférieures du vomer et des sutures qui unissent les palatins entre eux et aux os voisins. Au niveau de toutes ces disjonctions, le périoste est décollé dans une étendue plus ou moins considérable, mais il n'y a pas d'épanchement sanguin ni d'infiltration dans le voisinage, ce qui indique qu'elles sont postérieures à la mort du fœtus.

Les parties molles de la face sont d'un rouge sombre, violacé par places; les téguments du front sont tuméfiés et en partie décollés. Le tissu du muscle masséter gauche est d'un rouge foncé et comme infiltré de sang. (Séance du 20 mars 1874.)

Tumeur kystique multiloculaire de l'ovaire. Ovariotomie. Difficultés de l'extraction par suite du volume considérable et de la solidité de la

tumeur. Mort, par syncope, le lendemain de l'opération. Autopsie. — *Observation recueillie par* M. E. Ory, *interne des hôpitaux.* — *Examen histologique par* M. Malassez, préparateur d'histologie au Collége de France.

Le fait que nous publions ici n'a pas sans doute, par lui-même, un intérêt bien exceptionnel ; il se distingue à peine, par un accroissement très-rapide, de tumeurs de l'ovaire, nombre de fois observées, mais il peut servir à l'histoire des indications, de l'opportunité de l'ovariotomie : c'est à ce titre qu'il mérite une relation étendue.

La nommée C... (Zoé), âgée de 24 ans, domestique, célibataire, sans enfants, entrée le 14 mars 1872, dans le service de M. le professeur Trélat, salle Sainte-Rose, n° 17, était d'une bonne santé habituelle, lorsque, il y a dix-sept mois, elle constata une augmentation notable et persistante du volume du ventre ; le développement s'accrut rapidement, et cependant l'état général resta très-satisfaisant, et l'était encore au moment de son admission à l'hôpital. Réglée à 14 ans pour la première fois, elle éprouva bientôt des irrégularités dans l'époque d'apparition du flux menstruel; de nombreux retards, alternant avec de fréquentes avances, furent souvent notés par la malade ; puis, *depuis dix-sept mois*, c'est-à-dire depuis le moment où l'extension du volume fut assez considérable pour attirer son attention, elle perdit constamment du sang par le vagin, mais il est vrai, en petite quantité.

Au moment de l'admission, le volume du ventre égale celui d'une femme au terme d'une grossesse. La *peau du ventre*, modérément tendue, flexible, sans changement de coloration, glisse facilement sur les parties profondes ; si l'on fait un large pli à l'épaisse couche qui constitue la paroi abdominale, on parvient aisément à déplacer l'ombilic, ce qui prouve l'indépendance de cette paroi et de la tuméfaction lobulée plus profondément située. Cette exploration est tout à fait indolore.

Le *toucher vaginal* permet de constater que le col de l'utérus est fortement relevé, que les culs-de-sac du vagin sont libres. En combinant le toucher vaginal avec le palper abdominal, on constate que l'utérus, très-relevé, suit les déplacements imprimés à la tumeur, que cette tumeur, très-volumineuse, présente des irrégularités dans la consistance suivant les différents points explorés.

La *fluctuation* n'est pas également perçue dans toutes les régions de l'abdomen ; la masse volumineuse qui y est contenue, mate à la percussion, d'aspect lobulé, est moins développée du côté gauche ; c'est là que la fluctuation est plus franche et la tumeur moins tendue. Cette sensation de fluctuation devient douteuse si l'on explore les parties situées dans la fosse iliaque droite ; on la retrouve, mais un peu obscure, il est vrai, alors qu'on la recherche en plaçant les mains peu éloignées l'une de l'autre. Ces différents symptômes permettent d'établir qu'on est en présence d'une tumeur kystique multiloculaire

L'*interrogatoire* n'a pas permis de savoir si c'est l'ovaire droit qui a

été le point de départ de l'affection, car la malade n'a pu remarquer assez à temps l'augmentation du volume du ventre, et dans l'état actuel, le soulèvement de l'utérus ne permet plus d'établir ce point de diagnostic.

Aucune ponction n'a été pratiquée; jamais la malade n'a éprouvé d'accidents généraux; jamais, dit-elle, de points douloureux, de vomissements. La mobilité, les déplacements de la région de l'ombilic sont facilement constatés. C'est par l'examen des commémoratifs et de ces symptômes qu'il fut établi que les adhérences péritonéales, si elles existaient, devaient être peu étendues. Ces conditions permirent de songer à une intervention chirurgicale, d'ailleurs réclamée par la malade; l'*ovariotomie* parut la seule thérapeutique convenable en présence d'une tumeur kystique de l'ovaire à développement rapide. Sur ce point, MM. Bernutz et Gosselin, successivement consultés, partagèrent complètement l'opinion de M. Trélat.

La malade était maintenue en observation, lorsque le 5 avril, peut-être à la suite d'une exploration intempestive, l'état général qui, jusque-là, était resté très-bon, en rapport avec la conservation du sommeil, de l'appétit et de la gaîté, l'état général s'altéra; la malade se plaignit de douleurs à l'épigastre, s'irradiant du côté droit, elle eut même un vomissement bilieux, les conjonctives prirent une légère teinte jaunâtre; elle eut pendant vingt-quatre heures un mouvement fébrile très-modéré, et ce fut tout. Cependant, depuis lors, cette jeune fille accusait de la sensibilité dans l'hypochondre droit, et *le volume du ventre s'accrut notablement*. La peau devenait plus tendue, la respiration plus gênée; le visage portait l'empreinte du malaise et aussi de la préoccupation. La malade se fatiguait facilement, ce qui s'explique d'ailleurs par le poids même et le développement énorme de la tumeur. Voici quelles étaient les *dimensions* du ventre au moment de l'opération : circonférence au niveau de l'ombilic, 1^{m}09; demi-circonférence, côté droit, 0^{m}56; distance de l'ombilic aux épines iliaques antérieures de chaque côté, 0^{m}26. Cette égalité entre les deux dernières mensurations, bien que l'ombilic fût manifestement incliné à droite, s'explique par l'aplatissement du côté gauche et la forme très-convexe du ventre à droite.

On pratiqua l'*ovariotomie*, le 18 avril, à l'hôpital de la Charité. Mais, pour mettre la malade dans les meilleures conditions possibles, une installation spéciale fut préparée, dans un corps de bâtiment inhabité et séparé des salles de l'hôpital; un service particulier fut organisé pour la circonstance; l'isolement, la solitude, l'aération purent être ainsi facilement obtenus. La salle d'opération était chauffée de 28 à 30°.

L'opération fut faite par M. Trélat avec l'assistance de MM. Gosselin, Terrier et Keller, en présence d'un grand nombre de médecins et d'élè-

ves. La malade fut maintenue tout le temps sous l'influence du chloroforme. M. Trélat fit d'abord sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, une incision de 15 centimètres; après l'ouverture de la paroi abdominale, une ponction faite dans le lobe le plus saillant de la tumeur donna issue à 3 litres d'un liquide homogène, jaunâtre, épais, huileux, mêlé de quelques flocons. L'écoulement ayant cessé, on tenta d'autres ponctions en différents points de la tumeur, rien ne s'écoula qu'une sorte de gelée gluante, très-épaisse, collant comme de la poix. Après avoir circonscrit sur la surface de la tumeur un espace d'environ 10 centimètres de diamètre avec de fortes pinces plates à pression, M. Trélat enleva cette portion de la paroi et commença alors un laborieux curage du kyste, détruisant les innombrables petites poches qui, par leur réunion, constituaient la masse volumineuse totale. Durant la division des parois de ces sortes d'alvéoles, on rompit à l'intérieur de la poche quelques vaisseaux de petits calibres.

Malgré cette évacuation, le kyste conservait un volume tel qu'il était impossible de le faire passer à travers les lèvres de la plaie abdominale; aussi, après s'être assuré du peu de consistance des adhérences, M. Trélat agrandit l'incision abdominale, la porta, en contournant l'ombilic, à 22 centimètres, et, faisant faire des tractions sur le kyste, l'énucléa enfin de la cavité péritonéale. Le grand épiploon adhérent à droite sur la surface supérieure et postérieure alimentait le kyste par de nombreux et volumineux vaisseaux, on en fit la ligature en une masse qui constitua un pédicule épiploïque. Quant au véritable pédicule du kyste, très-grêle si on le compare à l'énorme volume de la tumeur, il était formé par le ligament large gauche, dans lequel se voyaient, outre la trompe et la ligament rond, des vaisseaux très-développés. Après avoir touché avec le couteau rougi par l'électricité les points de la paroi abdominale d'où suintaient quelques goutelettes de sang, résultant de la rupture des adhérences, tout écoulement était tari, et les bords de la plaie ayant été constamment préservés par des flanelles chaudes et des serviettes, on obtint très-rapidement un irréprochable nettoyage de la cavité péritonéale.

Neuf points de suture entortillée, comprenant toute l'épaisseur de la paroi, furent faits avec de longues et fortes épingles entre chacune desquelles était un point de suture superficielle en fil métallique. Le pédicule de l'épiploon fut placé à l'extrémité supérieure de l'incision, le pédicule de la tumeur, en bas, entre la septième et la huitième épingle, chacun d'eux soutenu par des broches en croix et étreint par une anse tordue de fil de fer.

Après cette laborieuse opération, qui avait duré trois heures et demie environ, la malade fut glissée sur un lit préparé juste à côté de la table d'opération. La faiblesse était grande, le pouls filiforme, les téguments décolorés. La malale n'avait cependant perdu que quel-

ques grammes de sang. On prescrivit des stimulants, du vin de Champagne, du bouillon froid. Mais l'opérée se plaignait surtout d'une soif intense ; elle demandait et avalait des morceaux de glace avec avidité.

Vers six heures du soir, le pouls avait repris un peu plus de force, la malade parlait un peu, elle se plaignait de la chaleur et de la soif, elle ne voulut prendre ni vin, ni alcooliques. A sept heures, à dix heures, à quatre heures et demie, furent successivement pratiquées des injections de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine et toutes les deux heures, je sondais la malade. La nuit se passa ainsi dans un état de demi-sommeil, sans vomissement. Le matin, je lui fis prendre un peu de bière. Mais vers sept heures du matin, elle eut une véritable syncope, puis la pâleur des téguments s'exagéra, la pouls disparut, une sueur froide apparut sur le front ; l'agonie commença ; elle mourut à huit heures du matin.

L'*autopsie* fut faite le lendemain. En voici le résultat : quelques *anses intestinales* fortement colorées par des arboriations vasculaires, deux d'entre elles sont faiblement retenues à la paroi abdominale par des adhérences *pâteuses*, correspondant aux points cautérisés. Pas de liquide, pas de caillots dans la cavité péritonéale; pas trace d'hémorrhagie intrapéritonéale, mais quelques points de la paroi sont colorés, comme s'il y avait eu de la suffusion sanguine. — *Estomac* distendu contenant des liquides en abondance. — *Foie* congestionné, bien que peu volumineux. — Reins normaux colorés ; utérus et ovaire droit sains. — Le *pédicule à gauche* a été constitué par le ligament large.

Les poumons, très-sains, sont gris pâle, exsangues.

Le *kyste* enlevé est constitué par un nombre infini de petites loges, comme les alvéoles d'un gâteau de miel, séparées les unes des autres par une membrane de consistance aponévrotique résistante ; ces loges contiennent une substance jaunâtre, filante, gélatiniforme. Les loges varient dans leurs dimensions et donnent à la surface du kyste un aspect grenu, irrégulièrement mamelonné.

La partie de la tumeur correspondant à l'hypochondre droit est le siége des lobes les plus serrés, les plus petits; c'est là aussi que la poche d'enveloppe est la moins épaisse et disparaît même complètement, tandis qu'elle est épaisse et même isolable en partie, au voisinage de l'implantation du pédicule. Pour donner une idée du volume de cette tumeur, dont quelques points ont la consistance et l'élasticité du caoutchouc, il suffira d'ajouter qu'après l'évacuation de 3 litres du liquide, et d'une masse de substance muqueuse et de liquide glaireux considérable, mais difficile à apprécier, la tumeur pesait encore 6 kilog. 550 grammes et restait plus grosse qu'un fœtus à terme.

Tels sont les caractères macroscopiques de cette tumeur à développement tellement rapide, qu'elle s'est *manifestement accrue, dans les*

quinze derniers jours, de plusieurs centimètres suivant tous ses diamètres. Quant à l'examen histologique, il a été pratiqué par M. Malassez, au laboratoire du Collége de France. Nous publions plus loin le résultat de cet examen.

Conclusions. — La mort de cette malade doit être attribuée à l'épuisement de l'organisme, au shock inévitable après une opération aussi longue. La péritonite très-circonscrite, adhésive, ne peut être mise en cause ; la malade est morte dix-huit heures après l'opération sans avoir présenté aucun symptôme de cette affection. Le séjour à l'hôpital, bien qu'étant généralement mauvais pour tous les opérés et spécialement pour ceux de cette nature, ne peut être incriminé ici. Car les conditions où fut placée la malade étaient tout exceptionnelles ; chambre isolée, inhabitée, largement aérée, soins spéciaux, tout avait été mis en œuvre pour éviter les accidents consécutifs, qui n'ont pas même eu le temps de se manifester, la malade étant morte dans une syncope.

La durée de l'opération est seule en cause : or, cette durée a tenu bien moins à des adhérences peu nombreuses, qu'au volume même de la tumeur, à sa nature, à sa consistance, qui ont contraint l'opérateur à l'extraire en bloc, avec sa forme et ses dimensions, sans qu'il eût été possible, malgré une évacuation considérable de son contenu, de réduire ces dimensions. Et, comme le faisait observer très-pratiquement M. Trélat, on peut tirer de ce fait cet enseignement, qu'en présence d'un kyste, d'une tumeur de l'ovaire à marche rapide il est très-important de faire un diagnostic précoce et très-précis, pour pouvoir opérer de bonne heure. — En agissant ainsi, le chirurgien s'épargnera des difficultés considérables pour l'énucléation d'une tumeur d'un volume aussi grand que celle-ci ; l'incision du ventre sera moins étendue, la durée de l'opération et ses suites seront par cela même abrégées, la malade aura donc plus de chances de guérison.

Pour l'ovariotomie comme pour beaucoup d'autres grandes et graves opérations, l'opportunité est la condition fondamentale de succès. C'est à reconnaître, à fonder la notion de cette opportunité que doivent s'attacher les efforts de chirurgiens. Or, l'opportunité existe à son maximum dès qu'on a reconnu l'existence d'une tumeur polykystique *progressive* quelque petite qu'elle soit, alors surtout qu'elle est petite, parce qu'alors il n'y a ni difficulté opératoire, ni complication pathologique. C'est donc une question de diagnostic ; c'est en le perfectionnant que l'ovariotomie étendra et améliorera son domaine.

Deux portions de ce kyste ont été examinées par M. Malassez : l'une constituée par un amas de petits kystes (les plus gros n'avaient pas le volume d'un œuf de pigeon), kystes pressés les uns contre

les autres, à parois minces, transparentes, à contenu gélatiniforme ou colloïde, c'est ce que vous avez vu former la majeure partie de la tumeur; l'autre portion était plus riche en parties solides, les kystes moins nombreux, leur contenu était semblable d'aspect; cette portion paraît venir du pédicule ou tout au moins du voisinage du pédicule.

J'exposerai tout d'abord les détails de structure que m'a donnés l'examen histologique de ces deux portions ; puis, partant de là et m'appuyant sur l'étude d'autres kystes semblables provenant de la pratique de M. Péan, j'indiquerai comment on peut concevoir l'origine et le développement de cette tumeur en particulier ; enfin je terminerai en discutant la dénomination histologique qui doit lui être appliquée pour la définir histologiquement. Chemin faisant, j'aurai l'occasion de faire allusion aux différents travaux publiés sur ce sujet et en particulier à celui de Wilson Fox (1) et au plus récent de Waldeyer (2) dont je viens de prendre connaissance et qui m'a paru le plus exact de tous.

I. Structure. — Il y a lieu d'étudier à part la structure : 1° des parois ou parties solides; 2° du revêtement épithélial des cavités kystiques; 3° du contenu de ces kystes.

1° *Parois*. Les parois ont été examinées après durcissement dans l'alcool, sur des coupes colorées au picrocarminate, puis montées dans un mélange d'eau et de glycérine en parties égales, mélange légèrement teinté avec du picrocarminate.

Les parois des kystes minces sont formées par du tissu fibreux : faisceaux de fibrilles conjonctives peu ou pas ondulées, parallèles pour la plupart aux parois kystiques, s'entrecroisant en divers sens; et, entre ces faisceaux, noyaux de cellules conjonctives. Ce tissu fibreux est plus dense dans les parties les plus superficielles, c'est-à-dire dans les parties qui sont immédiatement sous-jacentes à la couche épithéliale qui tapisse les cavités; il en résulte en certains points une apparence de membrane propre pour chaque kyste. Cette disposition nous explique comment on peut séparer mécaniquement un grand nombre de kystes voisins sans les ouvrir; chaque kyste, en effet, reste avec sa membrane propre, la déchirure se faisant dans le tissu fibreux intermédiaire, lequel est moins résistant.

Dans l'épaisseur de quelques-unes de ces minces parois, on peut

(1) Wilson Fox. On the origin, structure and developement of the cystic tumour of the ovary. (*Méd. chir. trans.*, t. XLVII.)

(2) Waldeyer. Die Epithelialen Eierstock gescherülste insbesoudere die Cystom. (*Arch. f. Gynækologie*, t. I.)

voir de toutes petites cavités kystiques reproduisant en petit les grandes cavités; ces petites cavités ne communiquent pas avec les cavités voisines et ne paraissent pas y avoir jamais communiqué; aussi ne peut-on, ainsi que nous le dirons plus loin, les considérer comme des diverticula des grandes cavités, diverticula qui se seraient ensuite isolés.

Les parties solides de la base de la tumeur sont également formées de tissu fibreux; mais là les faisceaux s'entrecroisent dans toutes les directions par rapport aux parois kystiques, se condensant seulement au voisinage des cavités kystiques pour former ainsi autour d'elles un derme assez épais. En quelques points on trouve des petits nids de tissu embryonnaire; sur certaines tumeurs de même nature que celle-ci mais à parois bourgeonnantes et végétantes, ces parties sarcomateuses sont parfois très-abondantes et constituent les bourgeons et la majeure partie des végétations. On trouve encore dans les parties fibreuses de la base de la tumeur des masses arrondies assez considérables de tissu muqueux qu'au premier abord on pourrait prendre pour des kystes à contenu un peu plus solide que celui des autres. Je ne saurais dire si ces masses de tissu muqueux doivent être rapprochées de ces masses muqueuses que l'on découvre dans les fibromyômes et dans l'ovaire; ou si, comme nous le dirons plus loin, on doit les considérer comme des kystes transformés.

Les vaisseaux des parois sont remarquables par leur épaisseur, laquelle est due au développement considérable de leur musculature. Ils fournissent un réseau capillaire très-riche au pourtour des cavités kystiques; j'ai pu m'en assurer sur des kystes semblables à celui-ci envoyés par M. Pean et injectés par M. Ranvier et par moi.

Dans les différentes cavités kystiques que j'ai examinées, je n'ai pas trouvé de ces bourgeonnements et de ces végétations des parois (villosités, choux-fleurs, etc.) si fréquents dans certains autres kystes, mais simplement des petites saillies très-légères; à ces points-là le tissu était un peu sarcomateux. En revanche, j'ai vu un certain nombre de kystes voisins communiquant les uns avec les autres par des orifices plus ou moins étroits, pratiqués comme à l'emporte-pièce, dans leurs parois contiguës; celles-ci avaient alors l'aspect de diaphragmes fibreux plus ou moins ouverts. Ces deux faits : absence de végétations à l'intérieur des kystes, communication de kystes par l'intermédiaire de diaphragmes fibreux, nous montreront que dans cette tumeur (tout au moins) les cavités kystiques ne se divisent pas pour donner lieu à d'autres kystes secondaires, qu'au contraire ils tendent en s'accroissant à s'ouvrir les uns dans les autres.

2° *Revêtement épithélial.* Le revêtement épithélial peut être étudié, soit sur les coupes fines des parois kystiques durcies, soit à l'état

frais, en raclant la surface intérieure des kystes et en dissociant les parties ainsi obtenues dans du picrocarminate étendu.

Les cellules qui constituent ce revêtement épithélial, vues de profil sur une coupe de paroi, apparaissent sous la forme d'une série d'U majuscules qui seraient placés les uns à côté des autres; le haut de ces lettres, le côté ouvert étant dirigé vers la cavité, le bas étant mis en rapport avec les parois. Les branches de ces lettres sont minces et semblent confondues, le bas est plus épais et on y distingue un noyau en forme de croissant; la concavité de ce croissant est tournée du côté de la cavité kystique. L'intérieur de la cellule est rempli d'une matière transparente très-finement granuleuse, semblable à celle que nous verrons remplir la cavité du kyste, et se continuant sans ligne de démarcation avec elle.

Des lambeaux détachés de ce revêtement épithélial vus par leur face libre apparaissent sous la forme d'un réticulum saillant à mailles polygonales; vus par leur face adhérente, ils apparaissent sous la forme d'un pavé polygonal moins anguleux que le réticulum précédent, chaque polygone est légèrement convexe et présente à son centre ou sur l'un de ses côtés le noyau qui paraît alors rond ou ovoïde. Bref, ce revêtement épithélial paraît formé de cellules cylindriques, ou, à proprement parler, de prismes à base polyédrique, prismes placés perpendiculairement à la surface du kyste, accolés les uns aux autres, creux, à parois minces, ouverts du côté de la cavité, fermés, plus épais et convexes du côté opposé, et présentant là un noyau en forme de capsule. Ils mesurent de 20 à 30 μ de hauteur sur 10 à 20 de largeur. Les cellules isolées n'ont généralement plus la forme de prismes à base polyédrique, elles sont plutôt cylindriques; leur extrémité fermée ne paraît plus simplement convexe, elle présente un petit prolongement cônique, mince et recourbé. En résumé, elles ressemblent complètement aux cellules caliciformes de certaines muqueuses normales, à celles de l'intestin entre autres.

En certains points du revêtement épithélial, principalement là où les parois font une légère saillie intérieure, les cellules précédentes sont remplacées par des amas de cellules sphériques. Le volume de ces cellules est très-variable, la plupart mesurent de 10 à 20 μ de diamètre, quelques-unes ont jusqu'à 40 μ de diamètre; les plus petites n'ont qu'un seul noyau, sur les grosses j'en ai compté jusqu'à cinq. Quelques-unes de ces cellules présentent dans leur intérieur, entre le noyau et la périphérie, des espaces sphériques plus clairs que les autres parties de la cellule, on dirait des cavités remplies d'une matière transparente; très-petits sur certaines cellules, ces espaces sont plus développés sur d'autres, le noyau en est alors tout déformé; sur quelques-unes, il existe une ouverture faisant communiquer ces espaces

avec le milieu ambiant. Comme on peut trouver des cellules de forme intermédiaire entre ces cellules à petites cavités et les cellules caliciformes précédemment décrites, on peut regarder les cellules, soit comme d'espèce différente et en voie de se transformer l'une dans l'autre; soit comme de même espèce, mais à des degrés divers de développement; les cellules caliciformes seraient alors des cellules sphériques arrivées à l'état adulte; les cellules sphériques, des cellules caliciformes n'ayant pas encore atteint leur forme typique. Sur un kyste de l'ovaire de même nature que celui-ci, j'ai remarqué que de très-petits kystes qu'on pouvait considérer comme des kystes en voie de formation étaient uniquement tapissés par ces mêmes cellules sphériques la plupart sans cavités.

Quand on imprègne d'argent la face interne d'un de ces kystes, vidé de son contenu, on obtient un pavé épithélial dessinant l'extrémité libre des cellules caliciformes; si, après cette imprégnation, on chasse en partie cette couche épithéliale et qu'on imprègne à nouveau la paroi kystique (procédé de M. Debove) on obtient un pavé endothélial analogue à celui que M. Debove a découvert sous l'épithélium de certaines muqueuses normales.

Ce pavé endothélial n'est pas tout à fait complet, c'est-à-dire que les cellules qui le composent ne sont pas toutes contiguës les unes aux autres, il existe entre quelques-unes d'entre-elles des espaces noirs, espaces dans lesquels elles semblent envoyer des prolongements. Cette imprégnation met aussi en relief les capillaires nombreux que présente la surface de la paroi kystique; leur endothélium, également imprégné d'argent, tranche par ses formes allongées sur l'endothélium sous-épithélial. En quelques points l'endothélium sous-épithélial recouvre les capillaires, mais le plus généralement ceux-ci sont à nu; les capillaires sont donc dans ces parties en rapport immédiat avec les cellules de la couche épithéliale, disposition qui doit faciliter singulièrement les phénomènes de sécrétion et d'exsudation, et qui nous explique aussi la fréquence des hémorrhagies dans ces kystes; le sang n'est en effet séparé de la cavité que par la mince couche endothéliale des vaisseaux, et par la couche épithéliale de la cavité si peu adhérente.

Cette couche endothéliale existe probablement dans d'autres tumeurs de même siége et de même nature; je l'ai rencontrée dans des tumeurs de la même famille, dans un épithéliome cylindrique du maxillaire inférieur, épithéliome pavimenteux tubulé de la peau; j'ai pu l'isoler dans un cas de lymphadénome à grosses cellules, enfin, elle a été souvent constatée sur des carcinômes. Cette disposition anatomique paraît donc un fait très-général; découverte par M. Debove sous la couche épithéliale de certaines muqueuses normales elle semble exister aussi sous toutes les productions épithéliales pathologiques.

J'ai imprégné également la surface de séparation que l'on obtient en séparant deux kystes minces voisins, surface tout artificielle par conséquent ; or, j'ai obtenu ainsi une préparation semblable à celles que donnent les tissus cellulaires normaux : un fond noir sur lequel se détachent des figures blanches à contours irréguliers, et qui ne sont autres que des images des cellules plates ou endothéliales. Donc là encore le tissu pathologique se comporte comme le tissu normal.

Ces faits viennent confirmer, s'il en était besoin, les beaux travaux de M. Ranvier sur le tissu conjonctif ; en effet, partout, que ce soient des tissus conjonctifs normaux ou des formations conjonctives pathologiques, on trouve des cellules plates tapissant la substance conjonctive ; là elles forment un tout continu (cavités sanguines, lymphatiques et séreuses, certaines surfaces sous-épithéliales) ; ici elles présentent entre elles des intervalles, le revêtement n'est pas continu (d'autres surfaces sous-épithéliales, tissu conjonctif engaînant); ailleurs enfin elles sont encore plus rares, plus disséminées (tissu cellulaire lâche); mais en somme, ce ne sont toujours que des variations d'un même thème histologique.

3° *Contenu*. On peut étudier le contenu, soit à l'état frais, soit sur des coupes après durcissement dans l'alcool. L'alcool, en effet, durcit et rétracte cette substance gélatiniforme ou colloïde, et de transparente qu'elle était la rend d'un blanc mat ; mais, placée dans l'eau, elle se gonfle et reprend sa transparence.

On y distingue de fines stries parallèles disposées en larges faisceaux, lesquels sont ordinairement parallèles à la surface du kyste, quelques-unes semblent perpendiculaires aux parois du kystes, mais plus loin ils se recourbent, tourbillonnent et redeviennent ensuite parallèles aux parois kystiques. Ces stries ne correspondent pas à des fibres, elles paraissent indiquer des différences de densité et de réfringence dans cette masse non organisée ; on obtient des effets semblables quand on fait des coupes de lames de gélatine qui ont été ramollies, repliées sur elles-mêmes en divers sens, et durcies dans cette position par l'alcool.

Dans cette masse gélatiniforme on observe encore des cellules. Les unes sont disposées irrégulièrement, d'autres sont rangées en séries linéaires ou en masses allongées dans le sens des stries de la masse gélatiniforme. Quelques-unes ressemblent aux cellules caliciformes, j'en ai vu qui étaient entourées d'une zone plus transparente que le reste de la masse, comme si cette cellule avait pu sécréter quoique n'étant pas en rapport avec des vaisseaux. Le plus grand nombre ressemble aux cellules sphériques que nous avons vues sur les parois. La ressemblance de ces cellules du contenu avec celles qu'on trouve sur les parois, prouve qu'elles proviennent des parois, et leur disposition en lignes fait supposer que leur départ

s'est effectué, à certaines périodes sous forme de desquamation, desquamation qu'on peut expliquer par des congestions trop vives et des exsudations trop abondantes soulevant la couche épithéliale.

On rencontre encore des granulations graisseuses; comme ces granulations sont souvent disposées en ligne, ainsi que les cellules dont nous venons de parler, comme on peut retrouver tous les intermédiaires entre ces cellules et ces granulations, il faut bien admettre que ces granulations ne sont que des débris de cellules ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse.

Enfin, dans certains kystes, au voisinage des parois, j'ai vu des cellules à prolongements multiples s'anastomosant les unes avec les autres, donnant ainsi l'aspect d'un tissu muqueux sans vaisseaux, d'une ébauche de tissu muqueux ; mais en aucun point je n'ai vu de tissu muqueux complet. M. Renaut (1) a constaté une disposition semblable dans une tumeur kystique du col de l'utérus qu'il considère comme étant des œufs de Naboth. Je rappellerai encore à ce propos que M. Slavjansky (2) a montré que la régression des follicules de de Graaf se faisait chez la femme par un développement de tissu muqueux. On peut se demander si dans notre tumeur nous n'assistons pas au début d'une régression muqueuse des kystes et si les masses muqueuses que nous avons constatées dans le tissu fibreux de la base de la tumeur ne sont pas des kystes complètement transformés.

Dans l'intérieur des plus petits kystes je n'ai rien trouvé qui ressemblât de près ou de loin à un ovule ; dans des tumeurs de même nature que celle-ci et où il existait un grand nombre de petits kystes ne dépassant pas les dimensions d'un follicule de de Graaf je n'ai jamais trouvé d'ovules (3), ce qui porte à penser que ces tumeurs ne proviennent pas d'une transformation des follicules de de Graaf.

Quelle est l'origine de cette substance gélatiniforme? Les exsudations vasculaires qui, d'après les dispositions anatomiques, doivent être si faciles, entrent très-probablement pour une certaine part dans la formation de cette substance. Eichwald, cité par Waldeyer, a trouvé

---

(1) J. Renaut. Note sur le développement du tissu muqueux dans le contenu des œufs de Naboth. (Soc. Biologie, 14 fév. 1874, et *Progrès médical*, 21 fév. 74.)

(2) Slavjansky. Quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie de l'ovaire. *Archiv. Physiol.*, p. 224 et suiv.

(3) Rokitansky, cité par Rindfleisch (*Traité d'histologie pathologique*, trad., p. 528), a bien trouvé des ovules, mais c'était dans un cas différent, dans un cas d'hydropisie des follicules. — Rindfleisch (*loc. cit.*, p. 531) dit n'en avoir trouvé qu'une seule fois et cela « dans un kyste de la grosseur d'une cerise environ, provenant « de l'ovaire gauche d'une femme morte à la suite de l'extirpation d'un kyste de l'o- « vaire droit et chez laquelle on constata à l'autopsie le commencement d'une affec- « tion analogue de l'ovaire gauche. »

dans des kystes semblables la présence de l'albumine et d'une série de ses dérivés, albumine venant évidemment du sang. Mais Eichwald a trouvé également de la mucine et de ses dérivés, c'est-à-dire des matières de formation cellulaire. Si on ajoute à ce fait qu'on constate anatomiquement une continuité de substance entre la matière gélatiniforme des kystes et le contenu des celulles caliciformes et autres, on est porté à admettre que la masse gélatiniforme est formée pour une forte part par les cellules épithéliales. Pour les cellules plus ou moins sphériques, à cavités irrégulières, cette formation paraît résulter d'une transformation de leur protoplasma, d'une véritable dégénération, après quoi elles semblent mourir; mais, pour les cellules caliciformes, cette formation n'est plus une dégénération, car elles continuent à vivre, c'est pour elles une véritable fonction; elles se comportent comme celles de l'intestin qu'on a justement comparées à des glandes unicellulaires. Et, comme ces cellules sont très-abondantes, on peut dire que le contenu du kyste résulte en majeure partie de la sécrétion de cellules caliciformes.

II. Origine et développement. — 1° *Origine.* — Il est difficile de se rendre un compte exact du mode d'origine de cette tumeur en particulier, comme du reste de la plupart des tumeurs semblables. Si j'en parle c'est plutôt pour montrer que la théorie la plus généralement acceptée n'est pas la plus vraisemblable.

Dans cette théorie, on suppose que les kystes de l'ovaire proviennent de vésicules de de Graaf. Il serait possible que dans le cas actuel un certain nombre de kystes eussent une pareille origine, on ne peut pas plus le nier que le prouver; mais cette hypothèse devient difficile à admettre pour les plus petits kystes, pour ceux qui, ayant encore les dimensions des vésicules de de Graaf, auraient dû contenir des ovules. Que si nous considérons des kystes autres que celui-ci, mais de même nature histologique, nous rencontrons sur certains d'entre eux de petits kystes apparaissant et se développant dans des végétations de parois, dans des tissus évidemment de nouvelle formation, où très-certainement on ne peut admettre l'existence de vésicules de de Graaf. La théorie devient donc inadmissible dans ce cas. Enfin, elle le devient davantage, si c'était possible, pour les kystes (toujours de même nature que celui-ci) et qui se développent en dehors de l'ovaire, car il faudrait alors admettre une autre hypothèse plus invraisemblable encore, à savoir l'existence de follicules de de Graaf en dehors de l'ovaire. Voilà donc une théorie possible dans certains faits, non prouvée dans aucun, presque absurde dans beaucoup d'autres.

La theorie d'une formation nouvelle, si elle a, comme la précédente, l'inconvénient de ne pouvoir être prouvée dans tous les cas, a l'avantage de n'être en contradiction avec aucun et surtout d'être démontrée dans quelques-uns. Wilson Fox, Waldeyer et bien d'autres ont

observé ces faits; j'ai eu la bonne fortune d'en observer deux; j'ai entretenu la Société de biologie (1) de l'un d'eux. Il s'agissait de bourgeons de nouvelle formation, développés sur des parois de kystes de l'ovaire, et qui étaient parsemés de petits kystes parfaitement isolés les uns des autres, de différents volumes et à divers degrés de développement. Les plus petits d'entre eux n'étaient guère visibles qu'au microscope, les plus simples étaient uniquement constitués par un amas de grosses cellules à un ou plusieurs noyaux, parfaitement distinctes du tissu ambiant, ce n'était pas encore à proprement parler des kystes; d'autres plus complexes présentaient à leur centre, au milieu des cellules, une petite cavité remplie d'une substance transparente, c'étaient déjà de véritables kystes. Quant aux autres plus gros, ils pouvaient être considérés comme de ces petits kystes primitifs plus ou moins modifiés; c'est ainsi que sur certains d'entre eux une partie des grosses cellules sphériques était remplacée par des cellules caliciformes.

Sur notre kyste actuel je n'ai pas constaté un pareil développement (peut être pour ne pas l'avoir recherché avec assez de constance); je crois cependant que la théorie d'une formation nouvelle est la théorie la plus probable parce qu'elle rend compte de l'existence de ces petits kystes que nous avons constatés dans les parois, petits kystes qui, comme je l'ai déjà dit, ne contiennent pas d'ovules, ne communiquent pas et ne paraissent pas avoir jamais communiqué avez les kystes voisins.

Wilson Fox, Waldeyer(2), admettant que certains kystes de l'ovaire se développent par formation de toutes pièces, comparent cette formation nouvelle aux premiers développements des follicules de de Graaf, tels que les a décrits Pflüger. Cet aperçu est très-séduisant en ce qu'il rapproche un phénomène pathologique d'un phénomène normal, mais compris de cette façon, exprimé dans ces termes, ce rapprochement n'est pas exact ou, tout au moins, suffisamment pas compréhensible; car, avec cette manière de voir, comment expliquer la formation de kystes semblables à ceux dont nous nous occupons et qui ne siégent pas dans l'ovaire. Aussi je pense que cet aperçu, pour être vrai, doit être conçu d'une façon plus générale, et qu'au lieu de rapprocher seulement la formation des kystes de l'ovaire de celle des vésicules de de Graaf, on doit rapprocher les formations épithéliales, pathologiques en général (les kystes de l'ovaire en font partie), des formations épithéliales glandulaires normales en général (des vésicules de de Graaf entre autres).

(1) Comptes-rendus, Soc. Biol. 1872.

(2) D'après ce que j'ai vu et lu jusqu'à présent il m'a semblé que les kystes à loges volumineuses et peu nombreuses avaient une marche moins rapide que les autres; c'est un point à rechercher avec plus de soin.

Je ne m'arrêterai pas à discuter le point de départ de ces formations épithéliales, à savoir si elles dérivent des cellules conjonctives ou des cellules épithéliales, normales, préexistantes; nos données actuelles ne sont pas suffisantes.

2° *Développement.* — Quel que soit le mode d'origine de cette tumeur, il nous reste à rechercher par quel mécanisme s'est effectuée l'augmentation de volume si rapide qu'elle a présentée.

Si l'on trouvait dans cette tumeur de grandes cavités kystiques, on pourrait supposer qu'au début les cavités étaient petites et expliquer l'augmentation de volume de la tumeur dans son entier par l'augmentation de volume de chacune de ces cavités ; mais il n'existe que des cavités trop petites pour que cette hypothèse soit vraisemblable; force est donc de recourir à une autre explication, d'admettre qu'il s'est formé de nouveaux kystes, et que c'est à cette multiplication de kystes, plus peut-être qu'à l'accroissement de volume de chacun d'eux, qu'il faut attribuer l'augmentation de volume si rapide de la tumeur.

Comment s'est faite cette multiplication ? S'est-il produit des kystes de toute pièces, comme nous l'avons admis pour le début de la tumeur? ou bien les kystes primitifs se sont-ils divisés en kystes secondaires ? Cette dernière explication, soutenue par Wilson Fox, s'appuierait sur l'existence de ces kystes communiquant entre eux, qui seraient considérés dans cette théorie comme des kystes en voie de se diviser. La chose est peut-être possible dans certains cas, mais ici elle ne paraît pas l'être si on veut bien y regarder d'un peu près. En effet, les kystes isolés ne présentent pas de prolongements, en forme de culs-de-sac ; et on ne trouve aucun intermédiaire entre ces kystes isolés sans prolongements et ces kystes communiquant ensemble, dont un des deux n'aurait été tout d'abord qu'un prolongement de l'autre ; or, on ne peut vraiment admettre qu'un tel processus se soit effectué partout, et si complètement qu'il n'en reste pas des formes intermédiaires. D'autre part, on ne peut dire que ces diaphragmes, que l'on trouve entre les kystes voisins communiquant entre eux, soient le résultat de végétations de parois en train de diviser un kyste unique; et cela, parce que les kystes isolés ne présentent pas de végétations ; parce qu'il serait bien singulier que ces végétations n'existassent que sur certains kystes et que dans ces kystes elles fussent toutes arrivées à produire des diaphragmes ; parce qu'enfin les végétations que l'on constate dans les tumeurs semblables sont en majeure partie, sinon en totalité, formées par un tissu se rapprochant plus ou moins du tissu des bourgeons charnus; or, nous avons vu qu'ici ces diaphragmes sont complètement fibreux. Je pense donc que les kystes voisins communiquant entre eux, ne doivent pas être regardés comme des kystes en voie de se diviser ; mais plutôt comme des kystes, isolés

d'abord, en voie de se réunir, pour former une seule poche. Je ne parle pas d'une autre formation secondaire des kystes, admise par Wilson, formation par accollement des végétations voisines, limitant entre elles un espace clos ; aucun détail anatomique ne pourrait légitimer dans notre kyste cette manière de voir.

De telle sorte que nous sommes conduits d'élimination en élimination à admettre que le rapide développement de notre kyste est dû à une multiplication des cavités kystiques ; et que cette multiplication résulte, non pas d'une division des premiers kystes, mais d'une formation de nouveaux kystes. Il n'y aurait donc pas parmi ces kystes des pères et des enfants, comme cela a été supposé pour d'autres kystes de l'ovaire, tous seraient frères, mais frères d'âge différent.

J'espère montrer dans un travail ultérieur, que ce mode de développement n'est pas spécial à cette tumeur en particulier, qu'il est au contraire commun à la plupart des kystes multiloculaires à contenu gélatiniforme, qu'il n'existe entre eux que des différences du plus ou moins. Chez les uns, comme chez celui qui nous occupe, le processus pathologique consiste surtout en formations nouvelles de kystes, comme si les causes qui avaient amené l'apparition des premiers kystes, étaient encore en pleine activité ; chez les autres, ce sont les formations de végétations qui dominent, aussi ces kystes sont-ils plus riches que les autres en parties solides ; il en est enfin chez lesquels les processus formatifs de kystes et de végétations semblent arrêtés, le développement de la tumeur paraît surtout dû à l'accroissement des tumeurs préexistantes, par suite de la sécrétion des parois, tels sont les kystes à loges volumineuses et peu nombreuses. On conçoit que selon ces divers modes de développement, l'accroissement de la tumeur soit plus ou moins rapide.

III. Dénomination. — Quel nom donner à cette tumeur? J'entends un nom qui puisse la définir histologiquement ; car il est bien certain que le nom de kyste ou tout autre basé sur la conformation extérieure de la tumeur ne peut nous renseigner sur sa structure. Il est, par exemple, des tumeurs kystiques qui ne résultent pas des développements de surfaces épithéliales, mais consistent en formations de tissu muqueux. Il en est d'autres où l'épithélium des surfaces kystiques est d'espèce différente ; c'est ainsi qu'on en rencontre qui sont tapissés rien que par des cellules à cils vibratiles.

Quand les tumeurs ne sont constituées que par un seul élément anatomique, un seul tissu, la dénomination est chose facile ; le nom de la tumeur se tire naturellement de celui de l'élément anatomique de celui du tissu : tels sont les chondrômes, ostéômes, myômes, angiômes ; mais quand la tumeur est complexe, comme c'est le cas dans les kystes de l'ovaire, la dénomination devient plus délicate ; car si on ne veut pas forger un nom interminable et aussi peu pratique

qu'instructif, il faut choisir l'élément, le tissu, dont l'importance est prédominante ; ce qui n'est pas toujours facile.

Ici le point de structure capital et caractéristique est évidemment ce revêtement épithélial qui fait ressembler la paroi des kystes à celle d'une muqueuse sécrétante ou plutôt à celle d'une immense glande muqueuse ; et du reste ces kystes ne naissent-ils pas comme des glandes? Ne se comportent-ils pas comme des glandes dont le conduit sécréteur serait fermé et qui cependant continueraient à sécréter. Partant de là, on peut appliquer à cette tumeur deux mots employés couramment en histologie pathologique, ou celui d'adénôme ou celui d'épithéliôme.

Le mot d'adénôme aurait un inconvénient, car il est généralement employé pour désigner de simples hypertrophies de glandes préexistantes ; ce qui n'est pas le cas ici, comme nous l'avons vu. Le mot hétéradénôme lancé par M. Robin serait préférable, mais il n'est généralement pas adopté ; du reste, il ferait double emploi avec le mot épithéliôme, plus ancien, plus répandu, plus précis même ; car n'est-ce pas l'épithéliôme qui caractérise les surfaces sécrétantes.

Nous dénommerons donc cette tumeur un épithéliôme ; et comme les épithéliômes sont d'espèces nombreuses et variées, nous spécifierons en indiquant la nature des cellules épithéliales : épithéliôme à cellules mucipares ou à cellules caliciformes, celles-ci étant les plus nombreuses. Enfin pour indiquer la continuité d'action dans le processus formatif des kystes, fait important dans l'espèce, nous ajouterons les mots de : en voie de prolifération ou celui de proliférant, qualificatifs connus. Bref, nous dirons que cette tumeur multiloculaire à contenu gélatiniforme est un épithéliôme à cellules caliciformes en voie de prolifération, ou pour être plus court un « épithéliôme caliciforme proliférant. »

Nous classerons cette tumeur dans ce groupe de tumeurs kystiques de l'ovaire qu'on pourrait appeler épithéliômes myxoïdes (myxoïd cystomes de Waldeyer), par opposition aux épithéliômes dermoïdes (kystes dermoïdes des auteurs).

Résumé. — 1° Cette tumeur multiloculaire de l'ovaire à contenu gélatiniforme a des parois de nature fibro-celluleuse. Dans l'épaisseur de ces parois, on trouve de très-petits kystes ; et, au voisinage du point d'implantation, on y constate des petits nids sarcomateux et des masses plus ou moins considérables de tissu muqueux.

2° La surface interne de ces parois est lisse, sans végétations. Elle est tapissée par une couche de cellules caliciformes mucipares, au-dessous de laquelle existe une couche endothéliale un peu moins complète que celles découvertes par M. Debove sur les muqueuses normales. En quelques points, au lieu d'une seule couche de cellules caliciformes, on trouve des amas de cellules plus ou moins sphériques,

plus ou moins volumineuses, à un ou plusieurs noyaux, dont quelques-unes renferment des cavités pleines d'une substance transparente, analogue à celle que contiennent les cellules caliciformes.

3° Le contenu des kystes est en majeure partie le résultat de la sécrétion de ces différentes cellules épithéliales. Les cellules ou débris de cellules qu'on observe dans ce contenu proviennent très-probablement aussi des cellules épithéliales de la paroi desquamée; quelques-unes d'entre elles sont peut-être des cellules migratrices, telles seraient celles qui forment cette apparence de tissu muqueux.

4° Ces kystes ne semblent pas provenir de vésicules de de Graaf transformées; elles résultent plutôt de formations nouvelles et de toutes pièces, analogues à celles que présentent les productions épithéliales en général au début de leur développement.

5° L'augmentation de la tumeur paraît due à une multiplication de kystes, plus qu'à l'augmentation de volume de chacun des kystes. Cette multiplication ne se fait probablement pas aux dépens des anciens kystes, mais résulte de formations nouvelles semblables à celles qui ont amené les premier kystes.

6° Cette tumeur doit être désignée histologiquement sous le nom d'épithéliôme caliciforme proliférant et rangée dans ce qu'on peut appeler le groupe des épithéliômes myxoïdes de l'ovaire.

(*Séance du 17 avril 1874.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Amputation du col de l'utérus, par le Dr LAURENT (de Rouen). — L'auteur, dans ce mémoire, rapporte le cas d'une femme qu'il fut obligé de sonder à plusieurs reprises pour une rétention d'urine déterminée par la pression de la lèvre antérieure du col considérablement hypertrophiée sur le canal de l'urèthre. Lorsque l'on pratiquait le cathétérisme, la sonde semblait buter contre un corps dur qui obstruait le canal de l'urèthre, et l'on ne parvenait à introduire le cathéter qu'après un certain effort. La rétention d'urine était due à l'allongement hypertrophique de la lèvre antérieure du col, et ce qui le prouve d'une façon indubitable, c'est qu'en déviant cette portion hypertrophiée, la miction devenait très-facile.

L'auteur attribue dans ce cas, avec la plupart des auteurs, l'allongement hypertrophique à un défaut de l'évolution rétrograde de l'organe après l'accouchement. En effet, la malade qui fait le sujet de l'observation du Dr Laurent avait fait, peu de temps après son accouchement, des marches prolongées avant que l'organe n'eût eu le temps de subir son involution complète.

La partie ainsi hypertrophiée fut réséquée à l'aide de ciseaux fortement recourbés et après que l'extrémité saillante de la tumeur eut été saisie à l'aide des pinces de Museux. L'utérus avait été préalablement mis à découvert, à l'aide d'un spéculum de Cusco.

Le fragment réséqué présentait les dimensions suivantes : son bord postérieur, répondant à l'ouverture du col, mesurait 2 centimètres 1/2 de longueur, tandis que le diamètre antérieur, répondant à la section vaginale, mesurait 3 centimètres 1/2, la base mesurant 2 centim. 1/2 de diamètre sur 1 centimètre 1/2 d'épaisseur.

Les suites de l'opération furent des plus simples : une boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer fut appliquée sur la surface de section, le vagin fut bourré de charpie, puis le tout fut maintenu à l'aide d'un bandage en T, passant sur la vulve. Au bout de quelques jours les règles survinrent. Peu de temps après l'opération, la surface de section se recouvrait d'un tissu cicatriciel et la malade pouvait être considérée comme guérie. (*Union médicale de la Seine-Inférieure*, 1874.) A. L.

Étude sur les maladies chroniques d'origine puerpérale, par le Dr Aug. Ollivier. — Selon la remarque même de l'auteur, le nom d'*accidents gravidiques* conviendrait mieux à son travail, dont le but n'est autre que de passer en revue les principales maladies chroniques qui reconnaissent pour cause la grossesse, et non toutes celles dues à l'*état puerpéral*, mot à signification très-vaste et peu précise.

Par sa présence dans l'utérus, le fœtus peut être le point de départ d'actions réflexes, qui se traduisent par la congestion des différents viscères. Ces troubles peuvent être passagers, c'est ce que chacun sait, mais d'autres fois ces congestions viscérales persistent d'une façon latente et amènent des lésions organiques dont la cause resterait inconnue, si on ne songeait à la grossesse.

Tout en admettant la possibilité d'affections d'autres organes, l'auteur borne volontairement ses études aux lésions chroniques du corps thyroïde, du cœur, du foie et des reins.

§ I. *Corps thyroïde*. Le seul point de l'étiologie du goître sur lequel tous les auteurs soient d'accord, est sa plus grande fréquence chez la femme. Cette fréquence se lie à la fonction utérine, à la grossesse surtout, ainsi que J.-L. Petit l'avait déjà noté.

Le *goître puerpéral* apparaît habituellement vers le troisième ou le quatrième mois de grossesse ; il peut revêtir dans son évolution plusieurs formes distinctes.

1° Le goître *subaigu et passager* se développe lentement et n'atteint qu'exceptionnellement des dimensions considérables ; quelquefois même il passe inaperçu et ne devient apparent que longtemps après l'accouchement ou à une grossesse ultérieure.

Il n'est ni douloureux ni gênant; l'accouchement terminé, il diminue graduellement.

2° Le goître *aigu*, qui donne lieu à des accidents de suffocation pouvant nécessiter un accouchement prématuré. Il peut se terminer par suppuration.

3° Le goître *chronique*, qui évolue d'une façon insidieuse et dont on méconnaît souvent l'origine réelle. Tantôt il reste stationnaire, tantôt il va sans cesse en augmentant et peut alors entraîner la mort par suffocation, ainsi que N. Guillot en a rapporté deux exemples chez des femmes enceintes; tantôt enfin au bout d'un temps plus ou moins long, il se met à suppurer, témoin le cas de l'épouse de J.-L. Petit dont M. Ollivier reproduit l'observation.

§ II. *Cœur*. 1° L'hypertrophie passagère du cœur, portant surtout sur le ventricule gauche, a été signalée par Larcher dès 1828. Mais, dans certains cas, elle peut persister après la grossesse, en ne donnant lieu à des symptômes graves que plus tard. M. Ollivier rapporte un fait de cette variété étiologique peu connue d'*hypertrophie simple du cœur*.

2° La *myocardite aiguë* peut entraîner la mort subite par rupture du cœur; l'observation de Spiegelberg en est une preuve ;

3° La *dégénérescence graisseuse du cœur* est une autre cause de mort subite chez les femmes récemment accouchées. La terminaison fatale arrive tantôt par rupture du cœur, tantôt par syncope.

4° L'*endocardite* n'a attiré l'attention des premiers observateurs que dans sa *forme suraiguë*, à physionomie si spéciale, à complications emboliques.

Mais il en est encore deux autres formes :

Une *forme subaiguë* qui peut se transformer en lésion valvulaire chronique,

Et la *forme chronique*, que M. Ollivier a signalée le premier en 1868. Le début de l'affection varie suivant qu'elle succède à une inflammation aiguë ou subaiguë de l'endocarde, ou qu'elle est au contraire chronique d'emblée ; dans ce dernier cas, la marche est insidieuse et la lésion cardiaque passe souvent inaperçue. Les palpitations, la gêne respiratoire, sont habituellement rapportées à l'état de grossesse ou à la chlorose ; plus tard il est impossible de la distinguer des affections valvulaires anciennes d'origine rhumatismale. Elle peut être une cause d'*hémiplégie puerpérale* par embolie. M. Ollivier en ajoute un nouvel exemple à ceux qu'il a déjà signalés.

§ III. *Foie:* 1° L'*ictère simple* se rencontre assez fréquemment, et l'influence de la grossesse sur la production de l'ictère est reconnue par tous les auteurs ; mais par cela seul qu'une femme enceinte est atteinte d'ictère, cet ictère n'est pas nécessairement lié à la grossesse, il peut reconnaître pour cause une émotion vive. Van Swieten, qui

avait déjà observé la jaunisse des femmes enceintes, l'expliquait par une compression des voies biliaires due à l'utérus augmenté de volume. Mais comment se fait-il qu'avec des conditions défavorables à la compression des canaux biliaires, l'ictère soit si peu fréquent, et d'autre part qu'il survienne souvent dès les premiers temps de la grossesse, où il ne saurait être question de compression. M. Ollivier croit avec Monneret et Churchill qu'on peut invoquer une autre cause, la congestion hépatique, phénomène réflexe analogue à celui qu'on observe sur le corps thyroïde dans les mêmes circonstances.

2° *L'ictère grave.* Frerichs, Niemeyer, Murchison, ont signalé l'influence de la grossesse sur sa production, et bon nombre d'observateurs ont mentionné la gravité de l'ictère chez les femmes enceintes.

3° La *cirrhose*. L'auteur est le premier qui ait montré qu'aux causes habituelles de cette affection (alcoolisme, syphilis, impaludisme), il faut ajouter la grossesse. Le mémoire actuel contient une nouvelle observation de cirrhose puerpérale, qui a l'avantage d'être dégagée de toute complication cardiaque.

§ IV. *Reins.* On sait depuis longtemps que l'albuminurie peut se rencontrer pendant la grossesse, indépendamment des causes diverses (alcoolisme, refroidissement, syphilis, etc.) qui, chez la femme enceinte, comme chez tout autre sujet, peuvent lui donner naissance.

Une des formes d'albuminurie les plus fréquentes est celle due à : 1° la *congestion subaiguë* du rein ; elle apparaît habituellement dans les derniers mois de la grossesse, mais elle peut être beaucoup plus précoce, et M. Ollivier l'a observée dès le troisième mois. Ordinairement la quantité d'albumine contenue dans l'urine est peu considérable, les symptômes nuls ou peu marqués ; quelquefois tout se borne à un œdème malléolaire peu apparent et disparaissant rapidement.

2° La *néphrite aiguë* avec ou sans attaques éclamptiques ;

3° La *maladie de Bright* qui peut succéder à l'une des deux formes précédentes. Tandis que l'influence de la grossesse sur la production de cette affection est niée par Vogel et Rosenstein, elle est admise par Lebert et W. Roberts. M. Ollivier partage cette dernière manière de voir et apporte un fait à l'appui. Il est, dit-il, des cas de maladie de Bright qui ne sont reconnus que longtemps après un ou plusieurs accouchements, et qu'il n'est possible de rattacher à aucune cause appréciable ; il est fort probable alors qu'une congestion des reins, survenant pendant la grossesse et persistant après elle, a passé inaperçue parce que rien n'appela l'attention sur l'état des urines.

§ V. Le mémoire se termine par la relation de plusieurs faits de *folie* par grossesse, empruntés à Marcé, à MM. Magnan et Bouchereau. Les troubles mentaux sont tantôt passagers, tantôt durables. Une

observation de M. Magnan montre l'influence de la grossesse sur le retour des accidents maniaques.

M. Ollivier relate aussi une observation de folie temporaire qui lui est personnelle. (*Archives générales de médecine*, janvier, avril et mai 1873.) A. B.

Métrorrhagies chez une femme de 21 ans. — Transfusion du sang. — Succès. — Les métrorrhagies en dehors de la grossesse et de la parturition ne sont pas en général assez abondantes pour entraîner des accidents mortels; cependant M. Béhier a eu récemment l'occasion de pratiquer la transfusion chez une femme, entrée dans son service, pour une métrorrhagie qui l'avait jetée, en quelques jours, dans un état d'anémie considérable.

Voici le résumé de ce fait :

La nommée U..., assez vigoureusement constituée, entra dans le service de M. Béhier, le 24 janvier 1874. La malade avait perdu du sang en abondance depuis une quinzaine de jours, et elle avait eu des lipothymies, à plusieurs reprises. A son entrée la malade présente tous les symptômes des hémorrhagies graves, il se fait par la vulve un écoulement de sang, pâle, fluide, lent à se coaguler.

Deux jours après son entrée, il se fait une perte abondante, qui peut être arrêtée par le tamponnement, la malade se plaint d'une céphalalgie atroce, tous les aliments ingérés sont vomis aussitôt.

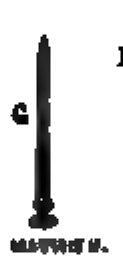
Trois jours après son entrée, la perte se continuant sous la forme d'un suintement de sang décoloré, les vomissements existant toujours et la malade s'affaiblissant de plus en plus, et étant arrivée au dernier degré de l'anémie et de la prostration, M. Béhier pensa que cet état ne pouvait durer plus longtemps sans danger pour la malade. Il se décida alors à pratiquer immédiatement la transfusion avec l'appareil de M. Mathieu.

L'appareil de M. Mathieu qui a paru à M. Béhier le plus simple et le plus commode de ceux qui ont été inventés jusqu'à présent, se compose d'un corps de pompe en verre dans lequel glisse un piston H. Le corps de pompe est surmonté d'un réservoir A en métal qui reçoit le sang de la saignée; il est fermé à sa partie inférieure par une soupape qui permet au sang de passer dans le corps de pompe, mais ne lui permet pas de refluer dans l'entonnoir une fois qu'il a été introduit dans le corps de pompe.

Le piston qui se meut dans ce dernier soit en haut, soit en bas, par le mouvement d'une crémaillère, est creusé ainsi que la tige qui supporte la crémaillère d'un conduit qui se continue à l'aide d'un tube de caoutchouc jusqu'à une petite canule F destinée à être introduite dans la veine qui sert à la transfusion.

Lorsque la cuvette est chargée d'une certaine quantité de sang, on abaisse le piston à l'aide de la crémaillère, le sang pénètre dans le corps de pompe et vient le remplir. Lorsqu'au contraire, par un mouvement inverse de la crémaillère, on fait remonter le piston, le sang reflue vers l'orifice de la cuvette; mais rencontrant la sou-

pape que nous avons indiquée et qui s'oppose à son passage, il subit une compression dont l'effet est de l'engager dans le conduit qui traverse le piston et de le chasser aussi dans le tube et jusque dans la veine par laquelle il doit être introduit chez le transfusé. Dans la séance du 30 avril de l'Académie des sciences, M. Bouley a établi que la priorité de cet appareil appartient à M. le Dr Moncoq.



Le sang fourni par M. Strauss, chef de clinique, a été injecté dans la veine médiane céphalique de la malade sans défibrination ni aucune autre préparation préalable. La quantité injectée a été de 80 grammes.

Deux heures après l'opération, on constate un changement notable dans l'état de la malade ; le pouls qui était petit, misérable, devient plus vif, les mains sont réchauffées, la malade commence à parler et déclare se sentir plus forte.

Trois heures après l'opération, la physionomie est redevenue naturelle et calme, la langue et les extrémités qui étaient refroidies sont redevenues chaudes, l'état général est bon, la malade répond bien aux questions qu'on lui adresse.

Cinq heures après l'opération, la malade prend du bouillon et du vin qui sont bien tolérés. La malade se trouve très-bien et le suintement sanguin par la vulve a disparu.

Le lendemain de l'opération, la malade continuait à aller très-bien, et quelques jours plus tard, elle quittait l'Hôtel-Dieu parfaitement guérie.

L'observation que nous venons de relater a fait le sujet d'une communication de M. Bouley à l'Académie des sciences, que nous croyons utile de rapporter en partie.

« Le professeur, dit M. Bouley, a insisté plus spécialement sur les points suivants :

« 1° L'utilité qu'il y a à injecter le sang pur en nature, sans défibrination préalable, sans abaissement préalable de température. Ces opérations préliminaires, destinées à empêcher la coagulation de la fibrine, sont inutiles quand l'opération est faite promptement, ce qui est facile. M. Béhier a insisté sur l'utilité qu'il y a à injecter du sang, non pas mort, comme lorsqu'on fait ces manœuvres préparatoires

mais bien vivant et pourvu de globules non altérés par le battage et la réfrigération, et en outre offrant encore intactes les matières albuminoïdes dont le rôle nutritif est certainement considérable, en même temps qu'elles servent successivement à la suspension et à la plus facile circulation des hématies.

« 2° M. Béhier a insisté sur la possibilité de simplifier un des temps les plus importants du manuel opératoire. Une des difficultés qui éloignaient pour une part de la pratique de la transfusion, c'était la difficulté d'introduire dans la veine qui doit recevoir le sang, la canule destinée à le transmettre. Souvent, en effet, en employant le trocart, on était exposé soit à blesser la veine chez le transfusé, sans pénétrer dans la lumière du vaisseau, soit à percer la paroi postérieure de la veine. De là, la production d'un thrombus rendant très-douteuse l'introduction de la canule dans la veine.

« Nélaton, pour obvier à cet inconvénient, avait proposé l'incision de la peau au niveau de la veine, dans une étendue de 2 à 3 centimètres, pour mettre à nu le vaisseau. M. Béhier, considérant que chez un sujet fort affaibli une semblable opération n'est pas sans danger, ou crée tout au moins des conditions défavorables, propose un manuel opératoire très-simple et que tout médecin doit savoir mettre en pratique. Il conseille, en effet, de faire sur la veine du transfusé une saignée peu large et suffisante pour l'introduction de la canule obtuse par un mandrin mousse. Rien de plus sensé et de plus pratique. L'appareil que M. Béhier a choisi est l'appareil de M. MONCOQ, modifié par M. Mathieu. Le maniement en est simple et facile.

« 3° M. Béhier insiste cependant d'une façon particulière sur deux précautions absolument indispensables, savoir : sur la nécessité de faire l'injection du sang lentement, afin d'éviter la réplétion trop brusque et trop forte du ventricule droit, qui serait forcé en quelque sorte et paralysé par une réplétion trop brusque, d'où un arrêt de circulation cardiaque, une asphyxie pulmonaire et la mort. Il signale comme signe de l'imminence d'un tel état la production de petites quintes de toux qui doivent faire arrêter l'injection du sang.

« 4° Pour le même motif et pour éviter les mêmes accidents, M. Béhier insiste sur la nécessité de n'injecter à la fois que de petites quantités de sang. Il n'a injecté dans le fait communiqué à l'Académie que 80 grammes de sang (fourni par son chef de clinique), l'écoulement métrorrhagique a cessé pour ne plus se reproduire.

« Au moment de la sortie de la malade, la guérison était complète. Elle avait très-bien supporté un traitement ferrugineux institué très-lentement à partir de l'opération, et les règles se sont reproduites avec régularité depuis l'emploi de la transfusion. » (*Bulletin de thérapeutique et comptes-rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des sciences.*)

Le cautère actuel dans le traitement de la métrite chronique du col. — Le Dr Getchel, du collége médical de Jefferson, recommande le cautère actuel comme le traitement le plus efficace de cette affection. Il ne cherche pas, par ce procédé, à détruire une partie des tissus malades, mais à provoquer une inflammation subaiguë, grâce à laquelle l'induration hypertrophique puisse se résorber. Getchel, en présence de la répugnance habituelle des malades à se soumettre aux pointes de feu, a cherché le moyen d'employer le cautère actuel presque à leur insu. Il prépare de petits bâtons avec du nitrate de potasse, du charbon de bois et de la poudre d'acacia dans les proportions suivantes :

Nitrate de potasse. .	1	gramme
Charbon de bois. . .	28	—
Poudre d'acacia . . .	4	—
Eau.	q. s.	

Il fait, avec ce mélange, des bâtonnets gros comme le petit doigt, longs de 2 pouces, pointus aux extrémités. Dès qu'ils sont secs, on peut les employer (1). Il suffit que l'une des extrémités d'un de ces bâtons soit tenue un instant au-dessus d'une flamme à gaz, sur l'étendue d'un pouce, pour qu'elle se convertisse en charbon ardent. Ces préparatifs peuvent se faire dans la chambre voisine de celle de la malade, car ces bâtonnets ont précisément l'avantage de continuer à brûler jusqu'à entière destruction; ce qui demande de quinze à trente minutes pour ceux de 2 pouces de long.

Le col de l'utérus ayant été mis à découvert au moyen d'un spéculum de bois, d'ivoire ou de verre (la chaleur dégagée n'est pas suffisante pour que l'usage de cette dernière substance soit nuisible), le bâtonnet enflammé est porté sur le col hypertrophié au moyen de pinces : en quelques instants, et avec une pression légère, le tissu est cautérisé à une profondeur de 2 lignes. La douleur n'est pas plus grande que dans l'application du nitrate d'argent. On pratique quelques injections d'eau froide et on porte sur le col des tampons d'ouate imbibée de glycérine qu'on change tous les jours, jusqu'à

---

(1) Nous sommes vraiment surpris de voir indiqué, comme un moyen nouveau, l'emploi de ces crayons ou charbons caustiques inventés depuis longtemps déjà par notre distingué confrère le Dr Bonnafond.

Voici la composition exacte des crayons préconisés par ce dernier :

Nitrate de potasse. . . .	2	grammes
Poudre de charbon de bois. .	30	—
Gomme adragante. . . .	10	—

Comme on le voit, la différence de composition qui existe entre les crayons de M. Bonnafond et ceux du Dr Getchel est assez insignifiante pour que nous ayons le droit d'en revendiquer la découverte en faveur de notre confrère français.

A. L.

élimination de l'eschare qui se produit, en général, du cinquième au huitième jour. On peut répéter ce traitement chaque mois avec la précaution de n'y avoir recours que cinq ou six jours après la cessation des règles. En trois ou quatre cautérisations d'après Getchel, on viendrait à bout des hypertrophies du col les plus graves. Dans l'intervalle compris entre la cautérisation et la chute de l'eschare, on badigeonne chaque jour le col avec une solution d'iodure de potassium dans la glycérine. (*L'Osservatore*, mars 1874.)

VIAULT.

Chloral comme anesthésique dans l'accouchement naturel, *par M. W. S. Playfair.* — L'auteur insiste surtout sur les points suivants :

1° Le chloral peut être donné sans inconvénient; mais le moment le plus favorable pour son administration est la fin de la période de dilatation du col.

2° Il est surtout avantageux chez les femmes nerveuses, qui usent inutilement leurs forces dans une agitation sans résultat.

3° Il n'arrête nullement les contractions utérines.

M. Playfair, quoiqu'il ne cite aucun chiffre, dit avoir employé le chloral dans beaucoup de cas et à doses modérées (2 à 4 grammes).

Ces conclusions sont absolument les mêmes que celles de MM. Lambert (d'Édimbourg), Bourdon, Franca, Pellissier ; cependant il nous a semblé utile de les reproduire, car elles ajoutent une nouvelle valeur aux faits déjà publiés. (*The Lancet*, 21 février 1874, p. 263, et *Gaz. hebd.*)

VARIÉTÉS.

De la diminution de la lactine dans les affections de l'utérus, et pendant la menstruation, *par* M. CHARLES MARCHAND, *interne en pharmacie des hôpitaux de Paris.* — La diminution de la lactine dans les affections de l'utérus, déjà démontrée dans un travail de MM. Vernois et Becquerel (1), se trouve confirmée par les analyses de M. Marchand, qu'il a bien voulu nous communiquer.

Ces analyses, que nous allons reproduire, doivent être publiées dans un mémoire qui est actuellement sous presse (2).

L'auteur a étudié l'influence de la menstruation, des hémorrhagies utérines, de la leucorrhée, sur la production de la lactine. « Voici, dit M. Marchand, le résultat de mes analyses :

---

(1) Du lait chez la femme dans l'état de santé et dans l'état de maladie.

(2) Du lait et de l'allaitement.

MENSTRUATION (3 cas).

« Le lait a été examiné, dans chacun de ces cas, six jours avant l'apparition des règles :

	n° 1	n° 2	n° 3
Beurre	32,24	28,56	37,24
Lactine	68,25	69,31	69,75
Caséum, Albumine	20,20	16,75	18,40
Sels	1,90	1,74	1,82
Eau	877,41	883,64	872,79

« Pendant la menstruation :

	n° 1	n° 2	n° 3
Beurre	27,45	30,32	33,15
Lactine	65,46	65,15	64,42
Caséum, Albumine	21,34	17,21	19,10
Sels	1,98	1,80	1,89
Eau	883,77	885,52	881,44

« Six jours après la disparition de l'écoulement menstruel :

	n° 1	n° 2	n° 3
Beurre	29,41	29,24	35,54
Lactine	69,15	68,87	68,95
Caséum, Albumine	20,90	16,47	16,27
Sels	1,89	1,82	1,72
Eau	878,65	883,60	877,42

« Il résulte de l'inspection de ces tableaux que la diminution de la lactine existe pendant la durée de la menstruation, pour reprendre ensuite son cours normal. Les matières albuminoïdes éprouvent, au contraire, une petite augmentation.

HÉMORRHAGIE UTÉRINE (1 cas).

	n° 1	n° 2
Beurre	33,45	30,24
Lactine	62,26	67,86
Caséum, Albumine	19,27	18,15
Sels	1,68	1,71
Eau	883,34	873,04

« Cette observation eût été complète, s'il m'avait été possible de faire une analyse avant la maladie ; mais les résultats consignés dans le n° 2, obtenus trente-quatre jours après l'hémorrhagie, quand la femme paraissait complètement guérie, indiquent une augmentation de lactine.

LEUCORRHÉE.

« Je trouve comme moyenne de trois analyses de femmes atteintes de leucorrhée chronique :

Beurre	28,64
Lactine	65,34
Caséum, Albumine	17,71
Sels	1,80
Eau	886,51

« La lactine se trouve encore là en quantité plus faible qu'à l'état physiologique. »

MÉTRITE DU COL UTÉRIN ET VAGINITE AIGUE.

« Il résulte de l'inspection des quatre analyses, faites par MM. Vernois et Becquerel, dans ces maladies, que la lactine existe en plus petite quantité qu'à l'état physiologique, tandis que les matières protéiques sont plus abondantes.

« En résumé, nous pouvons formuler la conclusion suivante: *chaque fois qu'une affection existe du côté de l'utérus, il y a diminution de la lactine dans le lait.*»

Nouveau mode de conservation du seigle ergoté. — Un pharmacien de l'Italie, M. Luigi a imaginé d'utiliser les propriétés antiputrides et antifermentescibles du chloral pour la conservation de l'ergot de seigle, il emploie la solution suivante :

Hydrate de chloral....	95 parties.
Eau distillée.......	10 —
Alcool à 40°	5 —

Il plonge le seigle ergoté dans ce liquide et l'y laisse macérer six ou huit heures, à la température ordinaire ; puis il le retire, l'étale avec soin sur du papier buvard et le fait sécher à l'ombre.

Si l'ergot est déjà altéré, une immersion un peu plus prolongée suffit pour arrêter sa décomposition. (*Archivio*, sept. 1873, et *Gazette obst. de Paris*, 1874, p. 40).

Hystéromètre injecteur, du Dr Camuset. — Nous avons indiqué, dans notre premier numéro, un appareil destiné à porter, soit des pommades, soit des glycérolés à l'iode, à l'iodure de plomb, au calomel, au tannin, etc..... sur la surface du col utérin ou dans la cavité utérine elle-même.

Cet instrument, qui avait été expérimenté en présence de l'inventeur, par M. Gallard, présentait certains inconvénients auxquels M. Camuset s'empressa de remédier sur les observations qui lui furent faites par le médecin de la Pitié.

L'appareil modifié (Figure), qu'il désigne sous le nom d'hystéromètre injecteur, a été présenté par M. Beclard à l'Académie de médecine.

La modification porte sur la tige CD, qui est creuse dans toute sa longueur, présente la courbure de l'hystéromètre de Huguier, et qui est fermée d'une part par un bouton olivaire F, de l'autre par un manche mobile AB.

Quand on veut se servir de l'appareil pour faire une injection, on enlève le bouton terminal, et l'on dévisse le manche, en le remplaçant par le récipient qui contient la matière médicamenteuse.

Ce récipient, GH, n'est autre chose que le tube compressible en étain où les peintres enferment les couleurs à l'huile, et qu'on trouve déjà employé en pharmacie pour contenir la pommade ophthalmique de Crémer.

Le col de l'utérus étant rendu visible au moyen du spéculum, on y introduit le bec de l'hystéromètre jusqu'à une profondeur que l'on a déterminée d'avance à l'aide du curseur E. On obtient l'expulsion du médicament en pressant entre le pouce et l'index l'extrémité G du récipient.

Si l'on veut simplement agir sur le museau de tanche, on fixe au bout de la sonde une cupule K, qui embrasse le col et y retient la pommade pendant l'application.

Accouchement chez une fille âgée de sept ans et demi. — Le docteur A. K. Kilpatrich raconte qu'une négresse de son comté a donné le jour à un enfant bien développé, à l'âge précoce d'environ *sept ans et demi*. (Lyon médical, mars 1874.)

Au moment de mettre sous presse nous n'avons pas encore reçu communication du *Bulletin mensuel des accouchements et des décès des nouvelles accouchées* relevé par les soins de l'administration de l'assistance publique, pour le mois d'avril. Nous devons donc renvoyer à notre prochain numéro la publication de ce tableau dont la contexture a subi des modifications expliquant le retard que nous avons à signaler.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

De la dégénérescence caséeuse des ganglions bronchiques ou mésentériques chez les jeunes enfants, dans ses rapports avec la tuberculose héréditaire, par le Dr C. LEREY (de Francfort). (*Rivista clin. di Bologna* et *Tribune médicale*, 1874, p. 273).

Deux cas de polypes utérins intermittents. — Ablation. — Guérison, par le professeur PAJOT. (*Gaz. obst. de Paris*, 1873, p. 331.)

Des lésions du crâne dans les accouchements précipités, par le Dr PUECH (*Gazette de Joulin*, 1874, p. 126.)

Bons effets de l'injection de perchlorure de fer dans l'hémorrhagie post partum, par le Dr MAC LEOD HAMILTON. (*British med. journal*, 31 janvier 1874.)

Cas de grossesse extra-utérine et intra-péritonéale. Leçons de M. le professeur BÉHIER les 20 et 27 novembre 1872, recueillies par les Drs LIOUVILLE et STRAUSS. (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1873.)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Clinique obstétricale et gynécologique, par le Dr JAMES SIMPSON (d'Edimbourg) ouvrage traduit de l'anglais et annoté par le Dr G. Chantreuil. J. B. Baillière 1874, 1 vol. in-8o.

Histoire des kystes de l'ovaire envisagés surtout au point de vue du diagnostic et du traitement, par le Dr LOUIS GALLEZ. Bruxelles, 1873.

Des bandages et des ceintures hypogastriques, par le Dr BERNIER DE BOURNONVILLE. Paris, 1873.

Quelques considérations sur le cancer utérin, ses complications et son traitement en particulier, par le Dr CARRÈRE. Thèse de Paris, 1874.

Etude sur la menstruation au point de vue de son influence sur les maladies cutanées, par le Dr DANLOS. Thèse de Paris, 1874.

Etudes historiques et recherches sur le poids et la loi de l'accroissement du nouveau-né, par le Dr LAURO DE FRANCO. Thèse de Paris, 1874.

Gastro-hystérotomie avec suture élastique des parois de l'utérus, succès pour la mère et l'enfant, par le Dr GRANDESSO SILVESTRI. (*Gazzetta medica italiana*, no 6, 1874).

Etude sur les accidents hépatiques de la syphilis, chez l'adulte, par le Dr Lucien LACOMBE, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique. (Thèse de Paris, 1874).

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juin 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

ÉTUDE
DE LA
CIRCULATION MATERNELLE DANS LE PLACENTA.

Par le Dr Delore,
Ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.

Le sang de la mère circule largement dans le placenta ; mon but, en présentant ce travail, est seulement d'apporter quelques preuves nouvelles de ce fait rendu aujourd'hui incontestable par les recherches modernes.

HISTORIQUE.

Meckel avait apporté une première démonstration en décrivant la grande veine circulaire qui porte son nom. Il semble qu'après une découverte semblable il devenait facile aux anatomistes de connaître les autres détails de la circulation placentaire; il n'en fut rien, comme on va le voir.

Bonami (thèse 1840) paraît croire que les vaisseaux maternels pénètrent les villosités de la même façon que les vaisseaux

fœtaux ; les artères utéro-placentaires, d'après lui, sont très-petites, et ne s'anastomosent pas les unes avec les autres. Il dit n'avoir jamais vu la veine circulaire.

Eshericht eut une opinion à peu près semblable.

Jacquemier a décrit la grande veine circulaire. Il admet que les artères placentaires, contournées en spirale, ont, après un court trajet, un cul-de-sac terminal exactement clos et qu'il n'y a aucune communication entre elles et les veines. Il décrit les veines placentaires ; elles se ramifient, ont des valvules et forment des réseaux. Il admet entre les villosités un tissu cellulaire qui a la propriété de s'imbiber facilement.

Joulin (1869) reproduit cette théorie. Suivant lui, il suffit d'examiner le placenta détaché pour voir qu'il n'existe aucun sinus dans les interstices des villosités. Les cotylédons sont unis par l'épithélium hypertrophié de la muqueuse utéro-placentaire qui ne laisse pénétrer aucun sinus dans la masse placentaire.

Chisholm (*Gazette méd* , J. 1839) pense que la muqueuse utérine reste intacte. Les villosités fœtales pénètrent la muqueuse, entourent ses vaisseaux, mais ne la refoulent point.

Weber (1830) changea, sur cette question la face de la science, il admit des artères utérines allant dans le placenta. Les veines qui leur succèdent forment de larges espaces d'où le sang se rend aux veines utérines. Ce sont des sinus veineux dans lesquels fait saillie la villosité qui est recouverte par la paroi interne amincie des veines maternelles.

Reid (1840) soutint l'idée de Weber et insista sur ce fait que les villosités sont tapissées par la membrane interne des veines placentaires, prolongation du système vasculaire de la mère.

Suivant Costes, les veines utérines sont érodées par les villosités qui plongent directement dans le sang maternel.

Robin étudia la membrane blanchâtre qui passe d'une façon continue d'un cotylédon à un autre. On y trouve des fibres lamineuses, un épithélium semblable à celui de la caduque, de la matière amorphe et des granulations moléculaires. Cette couche est traversée par un grand nombre de capillaires qui, arrivés dans le placenta, communiquent ensemble et forment un véritable lac sanguin où plongent les villosités.

Les lacs sanguins ont été admis par Kiwisch, Goodsir, Kölliker et Virchow.

Vierord (Milano, 1862, p. 789) dit : « La caduque appelée sérotine se trouve criblée par des aréoles ou cavités qui renferment du sang et qui se développent au point qu'il ne reste presque plus rien de sa trame primitive ou fondamentale.

Ercolani (Alger, 1869) admet que les cellules de la caduque s'adossent aux villosités dans les sinus utérins. Ces cellules font une enveloppe spéciale de tissu fibreux autour des vaisseaux fœtaux et des sinus placentaires. Elles donnent aux villosités une paroi de tissu fibreux léger qui revêt l'organe glandulaire.

C'est à la démonstration de cet organe glandulaire qu'Ercolani a consacré son livre. Quant à la circulation maternelle, il a reconnu comme Weber dans le placenta de grandes lacunes pleines de sang qui communiquent entre elles, mais il ne croit pas que les villosités y nagent librement, parce qu'il n'a pas trouvé sur elles une paroi veineuse. Comme Farre (London, 1858) il pense que les artères utéro-placentaires s'ouvrent directement dans les sinus placentaires. Ces sinus se forment par un procédé analogue à celui des tissus érectiles.

Turner (1873), au moyen d'injections diverses faites dans le placenta, démontra que les espaces intervilleux communiquaient facilement les uns avec les autres et que de plus le liquide de l'injection refluait par le sinus en baignant les villosités.

Winckler (*Archives de gynécologie*. Berlin 1873), a étudié l'épithélium qui tapisse les sinus placentaires.

Les recherches que j'ai faites viennent confirmer les idées de Weber au sujet des lacs sanguins où nagent les villosités. Toutefois je me sépare de cet anatomiste au sujet des artères placentaires dont je n'ai pas reconnu l'existence. Suivant ma manière de voir le sang maternel du placenta circule dans des vaisseaux veineux seulement, qui sont le prolongement des sinus utérins.

L'étude que je me propose de faire portera exclusivement sur la circulation maternelle. Je parlerai d'abord des vaisseaux qu'on aperçoit extérieurement, de leurs orifices, puis je les suivrai dans l'intérieur de l'organe à l'œil nu et au microscope.

DESCRIPTION ANATOMIQUE.

Considéré du côté fœtal, le placenta n'offre rien d'intéressant pour nous. A travers l'amnios et le chorion on voit les saillies des vaisseaux fœtaux. Il n'en est point de même du côté utérin. Cette surface est tapissée par une membrane d'un gris nacré, plus épaisse au niveau des espaces intercotylédonaires, partout continue avec elle-même et avec la caduque dont elle est une émanation, excepté au centre de certains orifices dont je vais m'occuper, après avoir parlé du sinus circulaire.

SINUS CIRCULAIRE.

Décrit par Meckel, étudié par Jacquemier, il a été un peu délaissé depuis et à tort, car son importance est capitale dans la circulation placentaire. Il a encore été appelé grande veine circulaire. Il n'est pas toujours complet.

Il est souvent interrompu soit par absence de développement, soit par oblitération. Je reviendrai plus tard sur ces particularités. Ses dimensions varient, son calibre est quelquefois énorme et atteint le volume du petit doigt; d'autres fois il est filiforme et n'admet qu'un stylet. Il contient ordinairement des caillots allongés, quelquefois volumineux, mais qui dans la plupart des cas n'ont qu'un petit diamètre qui n'est point en rapport avec les dimensions du canal. Cette différence s'explique par la fluidité du sang au moment où le placenta se détache et est comprimé par la contraction utérine. C'est ce qui fait que la plupart des vaisseaux placentaires où circule le sang maternel sont vides au moment où nous pouvons les examiner; c'est là une grande difficulté. Souvent cependant on peut suivre les caillots dans l'intérieur du placenta, dans les sillons intercolylédonaires, et surtout dans les grands espaces lacunaires.

ORIFICES DU PLACENTA.

Au moment où le placenta se détache, des déchirures se produisent nécessairement ; de là des orifices béants qui sont de

plusieurs sortes : *orifices de la veine circulaire*, *orifices de la surface*, *orifices en grillage et orifices dans le sinus circulaire.*

1° *Les orifices de la grande veine circulaire* sont irréguliers. Les grands varient de trois à onze ; quant aux petits, ils ont été trouvés plus nombreux. Dans la plupart des cas ils pénètrent directement dans la grande veine circulaire ; quelquefois, ils sont situés sur la caduque à une petite distance du sinus avec lequel un petit canal les met en communication. Souvent le sinus circulaire présente de larges déchirures accidentellement produites pendant le décollement du placenta.

2° *Orifices de la surface.* — On en trouve de deux sortes : ceux qui sont sur les cotylédons, ceux qui sont au niveau des sillons intercolylédonaires.

Ceux des cotylédons sont habituellement placés au centre ; ils sont en petit nombre, il est rare de pouvoir en compter plus de cinq. Ils sont de petites dimensions, et il est très-difficile de les suivre à quelque profondeur. Les uns sont taillés nettement à l'emporte-pièce, leur fond est luisant et ne communique avec le tissu placentaire que par d'étroits pertuis ; d'autres ne se reconnaissent qu'en pressant le placenta, dont on fait suinter le sang. Le petit nombre de ces canaux, leurs dimensions exiguës font penser qu'ils ne jouent dans la circulation placentaire qu'un rôle secondaire.

On trouve aussi, mais rarement, des orifices béants au niveau des sinus intercolylédonaires, qui sont très-nombreux et qui s'abouchent ordinairement avec la grande veine circulaire, ainsi qu'on en voit plusieurs exemples dans les figures.

3° *Orifices en grillage.* — Le sinus circulaire est fréquemment interrompu. Il y a à ce fait plusieurs causes. La plus fréquente doit être attribuée à un développement spécial. Les cotylédons sont alors peu volumineux et dans certains points les bords du placenta sont fort minces. Sur leur surface utérine se voient des saillies d'un blanc nacré, disposées en mamelons ou en lignes rugueuses ; dans leur intervalle on voit le tissu rougeâtre du placenta et çà et là des orifices particuliers que je propose d'appeler *orifices en grillage*, à cause de leur apparence. En effet, leur aspect rappelle celui d'une petite grille. Ils sont

constitués par des espaces arrondis; ils sont creusés comme à l'emporte-pièce dans le tissu placentaire. Ils sont bordés de tissu fibreux dont les mailles grisâtres s'entrecroisent à la façon d'une grille en circonscrivant de petits trous, au fond desquels on distingue nettement et à nu les villosités. Ces colonnettes fibreuses ont quelquefois la disposition des branches d'un arbre. Elles sont des éléments de solidité.

Les orifices en grillage se rencontrent également dans le sinus circulaire et dans les espaces lacunaires.

On peut voir toutes ces variétés dans les figures qui sont annexées à ce travail.

4° *Orifices situés dans le sinus circulaire.* — Si l'on ouvre avec précaution la grande veine circulaire, on constate que la pénétration du sang maternel dans le placenta se fait par des modes divers. En général le sinus s'enfonce angulairement sous le rebord placentaire qui le surplombe; en soulevant ce bord, on voit des piliers blanchâtres disposés perpendiculairement, il y en a qui sont disposés à côté les uns des autres avec une grande régularité; d'autres, au contraire, qui offrent de nombreuses variétés, les uns gros, les autres petits; entre eux ils circonscrivent des orifices, où le sang s'insinue.

On y voit aussi des orifices qui communiquent avec des canaux qui se dirigent dans le tissu placentaire à des profondeurs différentes; les uns vont dans les sinus intercotylédonaires, les autres dans le centre de la substance placentaire, les plus nombreux enfin vers la surface fœtale, que je considère comme la base du placenta. Quelquefois du même point on voit partir ces canaux, qui se disposent en étage. On peut les poursuivre à une certaine distance et on les perd habituellement dans les cotylédons; on les poursuit même quelquefois jusque dans les espaces lacunaires.

SINUS LACUNAIRES.

Les grandes lacunes du placenta sont faciles à constater, il y en a également un grand nombre de petites dont la démonstration est difficile. Elles peuvent se diviser en lacunes périphériques et lacunes centrales.

Les périphériques communiquent largement avec le sinus circulaire; celles qui sont creusées, comme à l'emporte-pièce, dans un cotylédon sont rares. Celles qui s'enfoncent dans les sillons intercotylédonaires sont communes.

Les grandes lacunes centrales se rencontrent en moyenne 1 fois sur 5, soit 20 pour 100. Rien à l'extérieur n'indique cette disposition lacunaire. On ne voit pas à la surface utérine du placenta des vaisseaux plus volumineux qui y conduisent. C'est en écartant les cotylédons et en faisant des dilacérations qu'on trouve leurs cavités. Elles sont irrégulières, anfractueuses. Le fond est d'un blanc nacré, comme la paroi du sinus circulaire; il est formé par le chorion. Sur cette surface on trouve souvent des caillots de formation récente qui s'insinuent dans les nombreux orifices qui sont à la périphérie.

De la base partent des piliers dont quelques-uns peuvent avoir jusqu'à 5 ou 6 millimètres de diamètre et 1 centimètre de hauteur; ils supportent les villosités. Entre ces piliers se trouvent des orifices dont les formes variées échappent à toute description; aux extrémités il n'est pas rare de trouver cette disposition en grillage que j'ai déjà signalée à la périphérie placentaire.

Certains placentas ont des lacunes nombreuses et sont tout entiers sillonnés par des canaux ainsi disposés.

Les canaux qui relient ensemble les orifices et les divers sinus sont assez difficiles à apprécier, et leur étude est du domaine de l'histologie et de l'expérimentation.

HISTOLOGIE DU PLACENTA.

Je ne veux examiner cette importante question qu'au point de vue de la circulation maternelle.

Je pose en principe que dans les espaces où se fait cette circulation on doit trouver des globules de sang et l'épithélium qui tapisse la face interne des veines.

La constatation des globules de sang entre les villosités est chose facile; toutes les coupes faites avec soin montrent que les hématies s'insinuent dans tous les espaces intervilleux. La constance de ce fait est une preuve irréfutable de ce que

j'avance. Depuis que je l'ai trouvé, j'ai appris qu'il avait été constaté avant moi par Turner, et probablement par d'autres encore. Avant les méthodes modernes de durcissement et de coupes même, on ne pouvait arriver à cette démonstration.

Les villosités étant colorées avec du carmin, on aperçoit entre elles des amas d'hématies qui ont une coloration verdâtre, et même des lacs sanguins pleins de caillots.

Fréquemment aussi j'ai constaté, grâce à M. Morat, des dépôts de fibrine englobant une certaine quantité de villosités.

Quant à l'épithélium vasculaire, M. Morat, chef des travaux anatomiques de l'école de Lyon, me l'a montré dans le sinus circulaire et dans les sinus intercolylédonaires, mais je n'ai pu encore le trouver à la surface des villosités.

L'épithélium des sinus est décelé par l'imprégnation au nitrate d'argent, il est semblable à l'épithélium des veines. Cet épithélium est supporté par une membrane de tissu conjonctif, semblable à la membrane conjonctive interne des gros vaisseaux, dans laquelle l'imprégnation du nitrate d'argent démontre des cellules étoilées, aplaties dans le sens de l'épaisseur de la membrane.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES.

La circulation du sang maternel dans le placenta peut encore être étudiée au moyen des injections et de l'examen des placentas de fœtus mort-nés.

1° *Injections du placenta.*

J'ai déjà parlé, dans la partie historique, des injections pratiquées par Turner et de ce qu'il en avait obtenu. Il y a cinq ans avec l'aide de M. Fochier j'en avais pratiqué de semblables qui toutes m'avaient fourni un résultat analogue.

Voici de quelle manière j'avais opéré : un placenta était étalé sur un morceau de carton, la face utérine regardant en haut. Dans les orifices du sinus circulaire j'insinuais avec précaution de petits fragments de sonde de gomme élastique. Puis je fis dessécher à la surface une couche de collodion. Après quoi je

poussai avec une excessive lenteur et à plusieurs reprises une injection colorée en noir dans les tubes de caoutchouc.

Le lendemain après coagulation de mon injection, j'examinai mon placenta et je constatai que la matière colorante s'était insinuée partout : on aurait dit une éponge imbibée d'encre.

Je remplaçai le collodion par de la colle d'os, le résultat fut identique ; en vain j'employai des procédés variés. Après une injection, les sinus placentaires étaient plus difficiles à étudier et je dus y renoncer, mais cette expérience prouvait néanmoins avec quelle facilité le sang maternel s'insinue dans tout l'organe placentaire.

Je me propose de faire de nouvelles expériences et d'injecter de la même façon une substance coagulante transparente qui me permettra de faire des coupes après durcissement préalable. J'espère de la sorte pouvoir étudier les espaces intervilleux.

2° *Injection de l'utérus.*

J'ai mis en doute l'existence des artères maternelles dans le placenta ; mes recherches, je dois l'avouer, n'ont pas encore été assez nombreuses et assez précises pour me permettre de nier positivement les artères utéro-placentaires, toutefois je conçois des doutes sur leur existence pour les raisons suivantes :

Au microscope, les coupes placentaires montrent nettement les artères fœtales avec leur épaisse enveloppe musculaire qui les distingue facilement des veines, mais je n'ai jamais rencontré d'artères paraissant provenir de la mère.

M. Bermond, prosecteur de l'Ecole, a injecté pour moi l'utérus de deux femmes mortes peu de jours après l'accouchement. Il a disséqué avec un soin extrême les artères qui se distribuaient à l'insertion placentaire ; toutes celles qu'il a suivies se terminaient par des capillaires se perdant au milieu des sinus utérins et aucune ne se terminait brusquement à la surface de l'insertion placentaire.

Si nous faisions abstraction de l'élément fœtal du placenta, nous pourrions considérer cet organe comme formé par l'expansion des sinus utérins les plus superficiels.

PLACENTAS DES FOETUS MORT-NÉS.

Dans les cas où le fœtus est mort plusieurs jours avant l'accouchement, on trouve encore dans le placenta du sang provenant de la mère. J ai étudié à ce point de vue un grand nombre de placentas de fœtus mort-nés, et mes observations peuvent se résumer dans la suivante :

Sur le placenta d'un fœtus mort depuis huit jours et dont le sang décoloré était d'un jaune brunâtre, j'ai constaté 12 orifices au centre des cotylédons. Ils étaient remplis par des caillots qui s'enfonçaient dans le placenta et qu'on perdait rapidement de vue. Dans les sillons intercotylédonaires, on voyait aussi s'insinuer des caillots ; on en trouvait également dans le sinus circulaire qui était intact. Tous ces caillots étaient récents et n'avaient subi aucune altération.

Ainsi le sang de la mère continue à circuler dans le placenta des enfants mort-nés, toutefois avec moins d'activité, car dans beaucoup de cas les cotylédons sont décolorés et les caillots ne se rencontrent que dans les gros sinus.

CONCLUSIONS.

Considéré dans son ensemble, le placenta est constitué de la façon suivante :

Les vaisseaux provenant du fœtus s'entourent en traversant le chorion d'un revêtement de tissu connectif qui tout en les accompagnant envoie des travées plus ou moins volumineuses dans toutes les directions et jusqu'au contact de la surface utérine.

Le tissu connectif qui en dérive en est le squelette. C'est lui qui forme ces colonnes blanchâtres qui supportent les villosités dont la disposition est arborisée.

De l'utérus émane la caduque qui s'insinue à la surface de toutes ces villosités et leur fournit un revêtement épithélial à la surface duquel circule le sang maternel comme un brouillard au milieu d'une forêt.

Mon travail peut se résumer par les propositions suivantes :

1° Il y a dans le placenta de nombreux vaisseaux qui sont la continuation des sinus utérins.

2° La circulation maternelle de l'organe se fait surtout par la périphérie.

3° L'existence des artères et des capillaires maternels est douteuse.

4° Les hématies de la mère s'insinuent entre les villosités, et aucune ne doit échapper à leur contact.

5° L'existence du sinus circulaire est la règle.

6° Quand ce sinus fait défaut, l'entrée du sang dans le placenta se fait par des orifices en grillage.

7° Il y a dans le placenta des sinus intercotylédonaires superficiels et profonds.

8° Une fois sur cinq on trouve dans l'intérieur du placenta de grands sinus lacunaires. On en rencontre rarement à la périphérie.

9° Toute la circulation maternelle du placenta se fait d'après le type de ces sinus lacunaires.

10° Tous ces sinus sont tapissés par l'épithélium du système veineux.

11° La présence du sang maternel au contact des villosités est prouvée par l'histologie, les injections et l'examen des placentas de fœtus mort-nés.

12° L'existence des artères placentaires provenant de la mère est mise en doute par les injections utérines.

DESCRIPTION DE LA FIGURE 1.

— La figure 1 représente un placenta entouré à peu près complètement par le sinus circulaire.

Des orifices nombreux et de formes variées indiquent les communications avec les sinus utérins. A travers la paroi on aperçoit par transparence des caillots dont les dimensions sont moindres que celles du canal.

Des déchirures laissent voir l'intérieur de la grande veine circulaire. Sa paroi est lisse et d'un blanc nacré.

Les cotylédons placentaires forment la paroi concentrique du sinus; au fond de l'angle qu'ils font avec la paroi inférieure, on aperçoit les orifices de communication avec l'intérieur du placenta. Des brides blanches fibreuses ou piliers circonscrivent un certain nombre de ces ouvertures.

Un autre conduit directement dans un sillon intercotylédonaire en partie déchiré qui laisse voir un caillot; dans un point, des sillons intercotylédonaires sont disposés en étage. Un autre orifice établit une communication avec une lacune latérale. Enfin, dans un point on voit un espace que j'appellerai en grillage. Il est constitué par des orifices arrondis, multiples, agglomérés, formés par des brides fibreuses blanches et laissant voir dans leurs ouvertures le tissu placentaire.

Ces espaces grillés se rencontrent également sur une partie du placenta où le sinus circulaire fait défaut. Il y en a 4. On voit aussi dans ce point une foule de petites saillies blanches disposées en mamelons ou en lignes saillantes.

Sur la surface du placenta, on voit encore des orifices, 4 sont situés au centre des cotylédons, 4 autres conduisent dans des sillons intercotylédonaires.

PLANCHE I

Sinus circulaire

Sinus [illegible] lacunaire

périphérique [illegible] en grillage

Orifices de la surface placentaire

[illegible] Lith [illegible] Paris H. Lawerey

PLANCHE II

Sinus lacunaires

détails du Sinus circulaire

Harma… Lith … Imp G Ca… Pivot 58 Paris … H … …reym

DESCRIPTION DE LA FIGURE 2.

— La figure 2 représente des lacs sanguins ou grandes lacunes centrales et des détails observés sur le sinus circulaire.

Sinus circulaire. — En commençant par en haut on voit : un diverticulum de la veine circulaire qui s'enfonce en angle dans un sillon intercotylédonaire. D'un côté il est borné par deux orifices et de l'autre par un pilier fibreux. Le sinus est ensuite occupé par un caillot dont quelques ramifications se prolongent dans des orifices ténus et réguliers qui sont circonscrits par de petites colonnes. Dans un point le caillot s'enfonce dans une grosse ouverture, dans deux autres il diverge et se prolonge sur la caduque.

Plus loin, le sinus cesse et se reproduit bientôt en figurant une double voûte soutenue par un pilier central. Le tissu cotylédonaire à lui seul constitue cette partie et s'attache sur le chorion sans intermédiaire de piliers.

A côté se trouve un espace grillé de grande dimension. Les colonnes fibreuses sont disposées en croix.

Après une interruption, on retrouve le sinus tapissant le bord du placenta de sa membrane transparente et nacrée, renforcée de temps en temps par des piliers au niveau de quelques orifices. Dans un point cependant il y a une solution de continuité circulaire laissant voir à nu les cotylédons sans production de brides fibreuses.

A l'extrémité de cette partie du sinus se trouve une lacune latérale dont la base est tapissée de colonnes entremêlées de tissu cotylédonaire.

Au milieu de ce placenta se trouvent trois grands sinus lacunaires.

Celui du centre est fort irrégulier.

Il offre une surface blanche lisse qui va se continuer avec 4 piliers principaux surmontés du tissu cotylédonnaire et circonscrivant 4 diverticulum présentant des orifices variés et des espaces grillés.

Les deux autres espaces lacunaires ont entre eux une grande analogie. Tous deux sont en huit de chiffre. Tous deux présentent de nombreux piliers fibreux s'attachant au chorion par leur extrémité inférieure et supportant les cotylédons par leur extrémité supérieure. Ils circonscrivent entre eux des espaces vides dont quelques-uns sont considérables. Dans un point du sinus supérieur les cotylédons s'attachent directement sur le chorion. A la surface du sinus inférieur se remarquent de petites dépressions circulaires.

Ces deux figures ont été copiées avec toute l'exactitude possible sur des placentas normaux. Comme on doit le penser, plusieurs placentas ont été employés pour faire ces deux figures dont aucune ne représente un placenta en particulier, mais aucun détail n'a été imaginé ni même amplifié.

DE L'EMPLOI

DE LA GALVANO-CAUSTIQUE THERMIQUE

DANS LE TRAITEMENT DES TUMEURS ÉPITHÉLIALES DU COL DE L'UTÉRUS.

(Suite et fin) (1).

Par le Dr Léon Labbé,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Durant les jours qui suivent l'opération, la malade devra garder le lit.

Si l'on a pu faire porter la section au-delà du tissu morbide, comme cela m'est arrivé chez la malade de ma première observation, il se fait un écoulement peu abondant, et la cicatrisation tend à se faire régulièrement, mais il faut le remarquer, avec une certaine lenteur, comme cela s'observe dans tous les cas où l'on a recours à la galvano-caustie comme moyen de diérèse.

Il peut être utile, à un moment donné, de faire quelques cautérisations légères avec le crayon de nitrate d'argent, pour réprimer les bourgeons charnus qui ont succédé à la chute de l'eschare peu épaisse, produite dans ce cas.

Mais bien souvent, la section se fait plus ou moins complètement dans l'épaisseur du tissu malade. En ayant alors recours à l'anse galvano-caustique, on ne fait, comme à l'aide de tous les autres moyens de diérèse que nous avons à notre disposition, qu'exécuter le premier temps d'une opération qui devra être complétée, soit par des cautérisations au fer rouge, soit par l'application de la pâte au chlorure de zinc.

Dans ces cas même, l'intervention à l'aide de l'anse galvano-caustique, quoiqu'elle ne permette pas de dépasser les limites du mal, a une grande importance, parce que, en une seule

(1) Voir le numéro de mars 1874, p. 163.

séance, elle permet de supprimer un volume considérable du tissu malade, parce que aussi dans les épithéliomas très vasculaires, la suppression de la portion la plus saillante de la tumeur a pour résultat de diminuer considérablement et quelquefois de faire disparaître l'un des symptômes les plus graves de la maladie, l'*hémorrhagie*.

Chez certaines malades, après avoir détruit toute la portion de tissus malades faisant saillie dans le vagin, on peut poursuivre la destruction du néoplasme, à l'aide d'un moyen, mis depuis longtemps en usage par M. Gallard, et que notre confrère recommande dans ses Leçons de clinique sur les Maladies des femmes (Paris, 1873), et qui consiste à injecter dans l'épaisseur même du tissu cancéreux, ou sur les points qui le séparent encore des parties saines qu'il menace d'envahir, soit du perchlorure de fer, soit de l'acide acétique.

Je rapporte ici quelques-unes des nombreuses observations que j'ai recueillies depuis plus de deux ans; en tête, je place celle à laquelle j'ai fait allusion au commencement de ce travail.

Obs. I. — Epithéliome volumineux du col de l'utérus. — Ablation à l'aide de l'anse galvano-caustique. — Persistance de la guérison jusqu'à ce jour.

Observation recueillie par M. Coyne, interne des hôpitaux.

Mme P., de Vitry-le-François, âgée de 34 ans, entra le 9 septembre 1872, salle Saint-Jean, no 5, hôpital de la Pitié.

Cette malade s'est toujours bien portée, elle a eu deux enfants, et chaque fois ses couches, dont la dernière remonte à sept ans, se sont faites sans accident. On ne retrouve aucun antécédent morbide dans sa famille.

Depuis longtemps, elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre au moment du coït, lorsqu'au mois d'avril dernier, elle a remarqué qu'elle perdait beaucoup de sang à l'époque menstruelle. Peu à peu l'écoulement est devenu incessant, et, s'il s'arrêtait quelquefois, il était remplacé par des pertes blanches, ichoreuses qui tachaient le linge en jaune. Les pertes sanguines étaient quelquefois accompagnées de l'expulsion de caillots assez volumineux.

Malgré ces pertes, l'état général est resté assez satisfaisant. La malade n'a jamais été plus forte, ni plus grasse. Elle entre à l'hôpital uniquement à cause de l'incommodité que lui occasionnent ses pertes continuelles.

Le toucher vaginal fait reconnaître une augmentation considérable

de volume du col, qui se présente sous la forme d'un champignon saignant (voyez fig. 1) au moindre attouchement. Les parois du vagin sont indemnes, lisses, souples dans toute leur étendue.

10 septembre. M. Labbé pratique l'amputation du col avec l'anse galvano-caustique, placée à l'aide des doigts introduits dans le vagin. L'opération ne présente aucune difficulté; l'écoulement de sang est insignifiant après l'opération ; mais, dans la journée, la malade

Fig. 1. — A orifice externe du col. La végétation occupe le côté antérieur et le côté droit du museau de tanche.

perd un peu de sang et on juge nécessaire de placer dans le vagin un tampon imbibé d'une solution étendue de perchlorure de fer.

Pendant l'opération, la malade n'a accusé que peu de douleur.

Le 11, on retire une partie du tampon ; rien de particulier.

Les 12 et 15, la malade va de mieux en mieux ; pas de phénomène de réaction, rien du côté de l'hypogastre.

Le 16, examen au spéculum. La surface de section est recouverte de bourgeons charnus.

A la fin de septembre, la malade est dans un état très-satisfaisant, bien que la plaie ne soit pas encore complétement cicatrisée.

Examen de la pièce. La portion du col qui a été enlevée forme une tumeur de la grosseur d'une orange mandarine. La surface de section est très-nette et correspond à la base d'implantation de la portion vaginale du col, cependant, elle porte davantage sur la lèvre antérieure que sur la postérieure ; elle présente ces cercles concentriques que j'ai indiqués plus haut, qui semblent correspondre aux sections successives produites à mesure que l'on serre l'anse métallique (voyez fig. 2). La plus grande partie de la masse morbide est

formée par la lèvre antérieure ; toute cette partie est recouverte de courtes végétations molles.

La cavité du col est indemne de l'altération. A l'œil nu, les lésions sont éloignées de la surface de section.

Examen microscopique. Sur des coupes minces de la partie malade, on s'assure de l'existence de deux choses : 1° les bourgeons charnus qui proéminent à la surface libre sont formés d'éléments embryonnaires, et les vaisseaux qui y sont contenus le sont également ; les noyaux qui forment la masse de ces bourgeons sont très-nombreux. 2° A la base de ces papillômes végétants et dans les anfractuosités

A

FIG. 2. — Même pièce que la précédente, vue du côté de la section. A, surface de section ; B, limite entre les parties saines et les parties malades (côté droit) ; C, portion de tissu sain enlevé (côté gauche).

qu'ils limitent, on trouve des cônes volumineux et plus ou moins allongés, formés d'épithelium nucléaire. Ces cylindres épithéliaux s'enfoncent profondément dans le tissu du col et ressemblent à d'énormes culs-de-sac glanduleux, irréguliers, bosselés. L'épithélium accumulé dans ces cônes a subi une transformation granulo-graisseuse, surtout vers le centre de ces cônes. Vers la partie profonde des coupes, on retrouve les fibres musculaires lisses du col, et dans la couche qui avoisine la limite profonde du tissu malade, on constate une accumulation assez grande d'éléments embryonnaires et de noyaux.

Par des coupes faites en différents endroits, on s'assure que la surface de section ne comprend pas de tissu morbide, et que celle-ci a été faite en dehors de la production épithéliale (1).

(1) Un résumé de cette observation et les figures qui l'accompagnent ont été publiées dans les *Leçons cliniques des maladies des femmes* de M. Gallard,

L'un de mes anciens élèves, M. le Dr Bompard, de Vitry-le-François, a bien voulu me donner récemment (avril 1874) des nouvelles de Mme P.... Voici ce qu'il m'écrit : « Les règles de la malade sont tout à fait normales, le sang est rouge, sans mauvaise odeur, la quantité normale. Il n'y a pas de flueurs blanches, même après le moment de l'époque menstruelle.

« Pendant les premiers mois qui ont suivi l'opération, les règles revenaient une douzaine de jours après leur apparition, pendant un jour ou deux seulement.

« Depuis longtemps déjà (la malade n'a pas pu préciser l'époque), tout est rentré dans l'ordre.

« L'état général est excellent, le teint est frais et rose, tout donne lieu de croire qu'il n'y aura pas de récidive. »

Je le répète, il s'agit là d'un cas exceptionnellement favorable, mais je ne puis trop le faire remarquer, au moment où j'ai examiné la malade, je ne pouvais déterminer avec rigueur le point précis où s'arrêtait le mal, et si de parti pris j'avais refusé d'enlever le col utérin, c'eût été au grand détriment de cette dame.

Notre collègue à la Société de chirurgie, le professeur Bœckel de Strasbourg, a rapporté dans son très-intéressant mémoire sur la galvano-caustie thermique (J.-B. Baillière, 1873, Paris) une observation d'amputation du col pour un cancer en chou-fleur, dont le résultat est aussi fort encourageant.

Obs. II. — Carcinôme en chou-fleur du col utérin. — Amputation du col. — Guérison. — Par M. Bœckel (observation 17 de son mémoire).

Madame J..., de Strasbourg, âgée de 48 ans, était traitée depuis six mois pour une affection utérine avec leucorrhée fétide, mêlée de sang. Voyant l'insuccès des médications et entrevoyant la possibilité d'une opération, M. Hech, son médecin, me pria de l'examiner en janvier 1872. La malade était très-émaciée ; un énorme chou-fleur ulcéré, partant du col de la matrice, occupait le fond du vagin ; mais au niveau de l'insertion vaginale, il restait à peu près 2 millimètres de tissu sain, permettant l'application de l'anse galvano-caustique. Les ganglions de l'aine n'étaient pas altérés.

---

pages 321 et suivantes J. B. Baillière, Paris 1873). La guérison confirmée depuis dix-huit mois donne à cette observation une valeur bien plus grande qu'à l'époque où elle parut dans le livre de notre collègue.

L'opération fut pratiquée le 23 janvier 1872, avec l'assistance de mes collègues, MM. Hech et J. Gross, pendant le sommeil chloroformique. J'accrochai le col avec des pinces de Museux et l'attirai près de la vulve. Puis l'anse de platine montée dans le serre-nœud fut glissée par dessus la pince et appliquée sur le col au niveau même de l'insertion du vagin. Pour empêcher l'anse de descendre pendant la constriction, je traversai le col immédiatement au-dessous avec une aiguille courbe. Alors on fit passer le courant, et la section s'acheva en deux minutes, sans aucune hémorrhagie, si ce n'est celle provoquée par les griffes.

A son réveil, la malade n'éprouva aucune douleur et il ne survint ni fièvre ni sensibilité du ventre pendant toute la durée de la guérison.

L'eschare gonfla beaucoup les premiers jours et s'élimina sous forme de lambeaux brunâtres volumineux, avec une suppuration abondante.

On fit quotidiennement plusieurs injections avec la solution d'hyposulfite de soude phéniquée.

Au bout d'un mois et après quelques cautérisations au nitrate d'argent, la guérison fut complète. Le vagin se terminait en cul de poule au centre duquel il restait un petit orifice. Les règles se rétablirent; la femme reprit des couleurs et de l'embonpoint et se porte encore très-bien, un an après l'opération.

M. Bœckel attire au dehors les parties qu'il doit enlever. J'ai exposé plus haut les raisons qui doivent faire donner la préférence à ma manière d'agir, qui consiste à manœuvrer au fond du vagin avec les doigts, sans amener le col au dehors. Je dois cependant ajouter que dans certains cas où l'épithéliome a la forme d'un cône très-prononcé, dont la base répond à l'utérus, alors que l'anse métallique a de la tendance à glisser en avant et à laisser échapper la tumeur, il pourrait être utile de procéder, ainsi que l'a fait M. Bœckel, en limitant à l'aide d'une aiguille placée en travers le point où portera la section.

Obs. III. — Epithéliome du col utérin. — Ablation incomplète à l'aide de l'anse galvano-caustique.

(Observation recueillie par M. Richet, élève du service de M. Gallard).
Examen histologique par M. Longuet.

La nommée Flemens, née en Belgique, réglée à 13 ans, est mariée depuis huit ans.

Deux ou trois ans avant son mariage, elle a eu une perte, sans cause apparente.

La première année de son mariage, grossesse à terme, se terminant heureusement.

Quelques mois après, fausse-couche de trois mois, mise sur le compte d'un accès de colère.

Depuis cette fausse-couche, c'est-à-dire depuis sept ans, jusque vers la fin de 1870, la malade a eu deux fois par an, des pertes durant chacune une quinzaine de jours. A partir de ce moment, les pertes ont cessé ; mais les règles ont présenté une double irrégularité, — irrégularité de moment, elles survenaient au bout de quinze jours, de trois semaines, d'un mois ; — irrégularité de durée, elle se montraient tantôt pendant deux jours, tantôt pendant dix.

On pourrait donc diviser en deux parties le temps qui s'écoula depuis la fausse-couche. La première, qui dura quatre ans, caractérisée par des pertes ; la seconde, qui dura trois ans, caractérisée par l'irrégularité et l'abondance des menstrues. Jamais, depuis ces sept années, la malade n'a éprouvé de grandes douleurs, mais elle a toujours eu une sensation de pesanteur dans le bassin.

Il y a trois mois, la malade s'est aperçue qu'elle perdait beaucoup en blanc ; les douleurs du ventre n'ont pas augmenté, mais l'appétit a diminué, l'état général a été mauvais ; puis, il y a cinq semaines, la malade a éprouvé des douleurs plus vives dans le bas-ventre et a été obligée de s'aliter. Les pertes blanches continuent, interrompues au moment des règles qui viennent toujours d'une façon très-irrégulière.

Fig. 3. — Tumeur épithéliale du col de l'utérus, vue au spéculum.

État de la malade à son entrée à l'hôpital : La malade est pâle et amaigrie ; le ventre n'est pas douloureux, mais il l'a été beaucoup sur la ligne médiane au-dessus du pubis.

Au toucher, on sent le vagin rempli par un champignon à surface mamelonnée, ulcéré sur toute sa partie antérieure et postérieure. Il se détache du col de l'utérus en avant et à droite. A gauche, on trouve une encoche, une ulcération qui remonte jusqu'à l'insertion du vagin. En arrière, existent plusieurs petites tumeurs qui paraissent distinctes de la précédente.

Au spéculum, la tumeur se présente sous l'apparence d'une masse rosée, mamelonnée, ulcérée en quelques points.

3 février 1874. La portion la plus saillante de la tumeur est enlevée par M. Labbé, à l'aide de l'anse galvano-caustique conduite avec les doigts dans le fond du vagin. La malade, a accusé une sensation de brûlure, qui n'a duré que deux ou trois secondes.

La surface libre (fig. 3) est très-irrégulière ainsi que les bords, et parsemée de plusieurs ulcérations.

La surface de section (fig. 4) est légèrement bombée, elle est bordée d'un trait brunâtre, déterminé par la cautérisation. On remarque près du bord (*b*) un œuf de Naboth, mis à découvert par le passage du fil, effleuré, mais non entamé.

Fig. 4. — Même pièce que la figure 3; surface de section.

Examen microscopique. Toute la tumeur est formée par un tissu réticulé (tissu conjonctif embryonnaire) dans lequel on trouve quelques rares fibres musculaires lisses. Les mailles de ce réticulum, sont remplies d'éléments arrondis possédant un noyau rond et nucléoclaire et une petite quantité de protoplasma granuleux.

Dans cette masse, on voit une grande quantité de culs-de-sac glandulaires très-hypertrophiés et remplis d'épithélium. Les cellules épithéliales ressemblent à celles de la couche de Malpighi dont elle présentent tous les caractères.

De nombreux vaisseaux parcourent toute la tumeur. Nulle part, on ne rencontre de fibres musculaires lisses réunies en faisceau, et nulle part aussi, on ne peut déterminer l'existence du tissu utérin lui-même. Il est évident que partout la section a porté sur du tissu malade.

Les suites de l'opération n'ont pas été tout d'abord d'une simplicité très-grande. La malade a eu de la rétention d'urine, complication fréquente de ces sortes d'opérations. La température a monté à 39°, 8, la malade a eu des douleurs de ventre, mais enfin, les accidents se sont calmés, et l'état de la malade était satisfaisant au point de vue de la santé générale, lorsque M. Gallard l'a examinée le 20 février.

A ce moment, au fond du vagin, on trouve encore une tumeur saillante, des fongosités mollasses et un peu d'induration au niveau des insertions vaginales.

M. Gallard se propose, lorsque le ventre sera devenu plus tolérant, de continuer la destruction du tissu morbide, à l'aide du fer rouge.

J'ai cité cette observation, instructive à plusieurs points de vue. Elle forme d'abord la contre-partie de l'observation nº 1 et, quoique sous une forme plus fâcheuse, se rapproche par bien des côtés de ce que l'on observe dans un grand nombre de faits, où l'altération est déjà trop profonde pour qu'il soit possible de la circonscrire en entier, lorsque le médecin est appelé à intervenir.

Même dans ces circonstances, l'ablation de la portion saillante des tumeurs épithéliales par l'anse galvano-caustique constitue une ressource précieuse, puisqu'elle permet de détruire, *en une seule séance*, une quantité considérable de tissu morbide, que l'on ne pourrait faire disparaître que par des cautérisations puissantes et répétées.

J'observe en ce moment avec mon excellent ami le Dr Gaume une dame d'une cinquantaine d'années, chez laquelle j'ai enlevé à l'aide de l'anse galvano-caustique un énorme chou-fleur épithélial très-vasculaire. Les pertes qui étaient très-abondantes et épuisaient rapidement la malade ont été immédiatement supprimées et n'ont pas reparu depuis plus de six mois; un grand nombre de cautérisations au fer rouge nous ont permis de détruire les portions de tissu voisines des insertions du vagin, et nous avons vu apparaître un tissu de cicatrice dans tout le fond de ce conduit. Le résultat ainsi obtenu présente vérita-

blement un grand avantage, quoique je n'aie pas la prétention de dire que, dans les cas comme ce dernier où l'on est obligé de poursuivre le mal avec tant d'insistance, il soit possible de promettre une guérison définitive. On peut au moins, comme cela m'est arrivé dans plusieurs autres faits, remédier à l'accident le plus pressant, l'hémorrhagie; par suite prolonger la vie des malades, et la prolonger dans des conditions relativement assez satisfaisantes.

Récemment, avec le concours de mon collègue le Dr Gallard, j'ai enlevé, à l'aide de l'anse galvano-caustique, une tumeur épithéliale du col de l'utérus chez la femme d'un de nos confrères. Les choses se sont passées régulièrement, et la malade a retiré un bénéfice assez rapide de l'opération au point de vue des hémorrhagies. Le point intéressant de cette observation est celui-ci : l'examen de la pièce anatomique a démontré que l'anse n'avait porté ni sur du tissu entièrement sain, ni sur du tissu tout à fait malade. Au niveau de la surface de section, certains points étaient constitués par le tissu de l'utérus intact, et dans l'intervalle on voyait le tissu malade qui, comme cela s'observe si souvent dans les lèvres et dans la langue, se prolongeait sous forme de traînées, au milieu de parties saines en apparence.

En résumé, en publiant ce court travail, mon but n'a pas été de présenter un *nouveau moyen de cure radicale* de l'épithéliome du col utérin. Malgré les efforts multipliés et fort louables de nombreux investigateurs, malgré quelques affirmations prématurées, nous n'en possédons pas encore. J'ai voulu mettre en lumière le *mode opératoire* qui me paraît le plus propre à permettre de *circonscrire le mal en entier*, lorsqu'il en est temps encore, et à *diminuer instantanément son volume*, lorsque déjà son étendue nous enlève l'espoir de pouvoir le détruire complètement.

DU TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES

PAR LES EAUX MINÉRALES.

Par le Dr Desnos,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Ex-secrétaire et membre honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

Des écrits assez nombreux ont déjà été publiés soit en France, soit à l'étranger, et surtout en Allemagne sur l'application des eaux minérales au traitement des maladies des organes génitaux de la femme. Pour ne parler que de ce qui a été fait en France sur ce sujet, il convient de rappeler l'importante discussion sur le traitement thermal des affections de l'utérus, qui inaugura les travaux de la Société d'hydrologie médicale de Paris, et qu'on trouve reproduite dans le premier volume de ses *Annales ;* des travaux divers, à la tête desquels il faut citer ceux de M. Durand-Fardel, qui, à plusieurs reprises, a étudié cette question à un point de vue d'ensemble ; des monographies qui l'envisageaient sous l'aspect plus restreint de la valeur de telle ou telle station dans le traitement des affections de la matrice. La liste en serait longue à dresser. Quelques noms méritent cependant qu'on leur réserve une mention spéciale ; tels sont ceux de MM. Willemin, Charmasson de Puylaval, Vergé, Ourgaud, Dorgeval-Dubouchet, Buissard, Kuhn, Lambron, Noël Gueneau de Mussy, Coustalé de Larroque.

Et cependant, malgré le nombre de ces documents, qui, il faut le reconnaître, ne se trouvent entre les mains que d'un petit nombre de médecins, les connaissances relatives au traitement des maladies des femmes par les eaux minérales sont loin d'être encore vulgarisées, d'autant que les traités de pathologie, les monographies consacrées à l'étude des maladies des organes générateurs de la femme ne renferment, hormis quelques exceptions, que peu ou pas de renseignements sur ce sujet.

Aussi a-t-il semblé à la rédaction de ce recueil qu'il pouvait être de quelque utilité d'y faire insérer, sous une forme synthétique, le bilan des notions actuellement acquises à la science hydrologique sur ce point de thérapeutique gynécologique.

La *métrite* occupe le premier rang parmi les maladies de femmes justiciables du traitement thermal. On peut dire qu'elle les absorbe, pour ainsi parler, de telle sorte que les considérations qui se rattachent à la métrite soit simple, soit compliquée d'autres lésions, de la coexistence de diathèses, ou de certaines prédominances symptomatiques pourraient, avec quelques nuances, s'appliquer aux inflammations des autres organes de la génération contenus dans la petit bassin. On comprend donc que nous lui accordions les principaux développements de cet article. Néanmoins, pour être plus complet, et aussi parce que quelques lésions génitales sortent du cadre des phlegmasies et donnent naissance à des indications thérapeutiques différentes, tels sont, par exemple, les fibromes, les carcinomes utérins, nous diviserons notre sujet de la manière suivante :

Dans des paragraphes successifs, nous étudierons la métrite avec ses diverses variétés, ses différents degrés, dans son état de simplicité aussi complète que la nature la réalise, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire; puis la métrite compliquée. En second lieu, les déplacements utérins; les phlegmasies et les hémorrhagies du péritoine et du tissu cellulaire du petit bassin, auxquelles est souvent liée l'histoire de l'ovarite.

Nous rechercherons ensuite ce que peut la médecine thermale contre les corps fibreux de l'utérus, contre le cancer de cet organe, contre les kystes de l'ovaire. Quelques considérations seront consacrées à la stérilité, à quelques troubles de la menstruation qui ne peuvent s'expliquer par une lésion déterminée de la matrice ou de ses annexes, à la chlorose, à la leucorrhée, aux accidents de la ménopause.

I. *De la métrite.* — Il suffit d'énoncer que l'acuité de l'inflammation utérine est une contre-indication absolue de la cure minéro-thermale. Il est à peine besoin de rappeler les raisons qui doivent faire renoncer à ce mode de traitement dans la période aiguë des maladies de matrice. N'y eût-il que la nécessité de déplacements plus ou moins fatigants, plus ou moins lointains, cette considération suffirait seule à l'interdiction de ce moyen thérapeutique. Mais le mode d'action souvent excitant de la

médication thermale est une raison plus péremptoire encore de le bannir du traitement de la métrite aiguë. La condition impérieuse du succès, c'est que celle-ci soit passée à l'état chronique, et tout au plus sujette à quelques recrudescences subaiguës. Nous entendons par là, non pas qu'il soit désirable que la maladie remonte à une époque éloignée, ce qui constitue une chance plus défavorable, mais qu'elle ne présente plus de réactions locales ou générales intenses, avec tendance à un état fébrile très-caractérisé, avec imminence de suppurations ou de retours à l'état aigu. C'est que l'utérus enflammé est un organe essentiellement irritable, dont les phlegmasies, sous les influences les plus légères, s'exaspèrent, entraînent des accidents plus ou moins graves, soit vers la matrice elle-même, ou, ce qui est pire encore, vers le péritoine, le tissu cellulaire du petit bassin, la vessie, l'intestin; soit vers des organes plus ou moins éloignés. Cette considération doit toujours être présente à l'esprit des médecins qui ont à diriger leurs malades vers telle ou telle station thermale, et de ceux qui sont chargés de leur donner des soins pendant qu'elles font usage des eaux.

Donc, c'est du traitement de la métrite chronique qu'il s'agit ici. Cette expression semble ne pas appeler de plus ample définition. Cependant, la distinction établie par quelques pathologistes, aussi bien que par quelques médecins hydrologues, et notamment par M. Willemin, entre la métrite et les *engorgements* de l'utérus, nous oblige à nous expliquer sur ce point de nosographie.

Nous répudions toute distinction radicale entre l'engorgement de l'utérus et la métrite. En admettant que cette distinction puisse être acceptée, elle ne devrait l'être que comme une question de degré, de durée de l'inflammation, l'engorgement représentant une durée plus longue, un âge plus avancé de la maladie. A cette seule condition, cette séparation nosologique pourrait présenter quelque intérêt pour la médecine thermale; l'engorgement devenant alors une forme plus rebelle de la métrite, et par conséquent, de préférence justiciable d'eaux à minéralisations plus élevées, de procédés balnéaires plus actifs. Mais M. Willemin a prononcé lui-même la condamnation de la dicho-

tomie qu'il cherchait à faire prévaloir, en rappelant, d'après MM. Robin et Littré, que l'examen histologique des engorgements y a démontré l'existence de corps granuleux. Or, ces produits ne sont-ils pas considérés à juste titre comme étant d'origine essentiellement inflammatoire. Du reste, en lisant l'observation des maladies que l'honorable médecin de Vichy décrit comme des engorgements, il est facile de se convaincre qu'il a eu affaire à des métrites chroniques. Nous emploierons donc comme synonymes les mots engorgements de l'utérus et métrite chronique.

Il est encore, relativement à l'opportunité du moment d'application de la cure thermale, une importante remarque à faire. Ce n'est point, dans la plupart des cas du moins, au moment où l'on vient de constater une lésion de l'utérus qu'il peut être utile d'envoyer une malade aux eaux, la métrite fût-elle même dans ces conditions de chronicité, d'absence d'accidents aigus que nous venons de réclamer comme les plus favorables. Il faut encore que la matrice ait été convenablement préparée à la cure thermale ; il faut, dans l'intérêt même de cette cure, que le médecin ait tiré, des moyens que la thérapeutique ordinaire met à sa disposition, tout le parti possible. Je m'explique. Tantôt, par le fait de causes banales, ou sous des influences spéciales, une femme est atteinte d'endométrite, avec catarrhe puririforme, douleurs vives, érosions du museau de tanche qui sont le résultat et non la cause de l'endométrite, la conséquence de son contact avec les sécrétions viciées. D'autres fois, l'endométrite rebelle ou négligée se propage au parenchyme, soit du corps, soit du col de l'utérus, ou de l'un et de l'autre à la fois, de manière à constituer une hypertrophie, un engorgement de la matrice. Eh bien! avant de diriger cette malade vers un établissement thermal, il faut, par un traitement approprié, par le repos, les émollients et les narcotiques, par les cautérisations au nitrate d'argent de la membrane interne de l'utérus, du museau de tanche, voire même, si cela est nécessaire, par l'application du cautère actuel, prendre soin d'amender et les douleurs et l'endométrite avec ses ulcérations, et l'engorgement utérin. Le succès de la cure est le plus souvent à ce prix.

En ce qui concerne la métrite simple, c'est-à-dire une maladie

contre laquelle nous sommes d'ordinaire suffisamment armés, en dehors de la médication thermale, celle-ci doit être surtout destinée à parfaire une guérison commencée, à remplir quelques indications qui échappent à nos moyens ordinaires, dans des cas comme celui ci, par exemple : Une métrite ulcéreuse vulgaire, avec hypertrophie de l'utérus, a cédé, avec plus ou moins de peine, à des cautérisations au nitrate d'argent, au nitrate acide de mercure, ou, après l'insuffisance constatée de celles-ci, à des cautérisations au fer rouge. Les phénomènes inflammatoires les plus formels ont disparu, les ulcérations sont cicatrisées, l'écoulement puriforme est en partie tari ; mais il reste encore de la douleur, un peu d'engorgement du corps ou du col de la matrice, un peu de leucorrhée utérine qui résistent aux moyens précédemment employés. Une saison près d'une station convenablement choisie pourra alors triompher de ces reliquats de la maladie, alors qu'elle eût échoué si on l'eût conseillée dès le début, sans autre traitement préalable.

C'est par un enthousiasme exagéré, sans s'appuyer, du reste, sur des observations précises, que des médecins hydrologues, comme M. Vergé, ont fait luire aux yeux des malades l'espoir d'obtenir, sans autre intervention que celle de certaines sources minérales, sans la nécessité de pratiques qui peuvent alarmer leur pudeur, la guérison des affections de la matrice et de ses annexes. Ces assurances décevantes, qui peuvent frapper l'imagination de personnes étrangères à la médecine, ne sauraient être accueillies par des praticiens expérimentés. Comme contre-partie de cette utilité d'un traitement préalable, et notamment des cautérisations, lorsqu'elles sont indiquées, il faut noter la nécessité de la plus grande discrétion dans l'emploi de tout traitement curatif étranger à l'usage de l'eau minérale, pendant la durée de la cure thermale. Aussi, à peu d'exceptions près, nous n'entendons pas, bien entendu, poser de précepte absolu, les cautérisations doivent être exclues. Il peut être dangereux d'ajouter à l'excitation médicatrice, sans doute, mais enfin à l'excitation du traitement hydro-minéral celle qui résulte de l'emploi des caustiques. Cette réserve doit être d'autant plus accentuée que les malades sont adressées près d'eaux plus actives.

Il n'est pas jusqu'aux moyens d'exploration de l'utérus tels que le toucher vaginal ou rectal, et surtout l'examen au spéculum, dont il faille être avare pendant la cure thermale. En général, les malades doivent arriver aux eaux avec une note de leur médecin traitant, contenant des détails suffisants pour que le médecin de la station n'ait qu'à diriger la cure. Il pourra alors réserver les moyens d'exploration dont nous venons de parler, pour reconnaître et combattre des complications qui peuvent surgir pendant le traitement, ou pour faire, surtout aux moments de l'arrivée et du départ des malades, des constatations et des comparaisons sur les résultats obtenus, dont nous reconnaissons tout l'intérêt scientifique et l'utilité pour l'avenir de la thérapeutique gynécologique.

Cette proscription, toute relative, je le répète, de l'usage des cautérisations aux eaux minérales, ne constitue pas une opinion qui me soit absolument personnelle. Ma manière de voir à ce sujet est également celle d'un médecin hydrologue éminemment autorisé, M. Durand-Fardel.

D'une manière générale, nous pensons que le médecin qui adresse une malade à une eau minérale ne doit pas intervenir directement dans la direction du traitement thermal par des prescriptions formulées à l'avance. En admettant qu'il soit parfaitement au courant des difficultés de la pratique hydrologique, il peut survenir à tout instant, pendant la durée d'une médication active, des changements dans les allures de la maladie, des complications qui nécessitent des modifications ou une suspension du traitement. Le soin de cette direction doit donc incomber aux médecins qui exercent près de la station. Aussi n'entrerons-nous pas dans les détails des divers procédés hydro-balnéaires qui peuvent être mis en œuvre contre les maladies de matrice. Toutefois, dans le but de mettre les médecins à même de prémunir, à leur départ, leurs clientes contre des dangers auxquels elles s'exposent parfois, en se soustrayant à toute direction médicale, ou en préférant aux avis du médecin leurs propres inspirations, ou les conseils de leurs voisines de table ou d'hôtel, ceux de gens de service insuffisamment surveillés, nous rappellerons en quelques mots les principes sur lesquels doit repo-

ser le traitement thermal de la métrite. Ces notions succinctes sont peut-être d'autant plus utiles que, du fait des lois défectueuses qui régissent actuellement l'usage des eaux minérales, les abus que nous signalons offrent plus de chance de se multiplier.

A part quelques stations dont les eaux, par leur composition ou la manière dont on les administre, jouissent de propriétés altérantes ou résolutives plus ou moins formelles, ou répondant aux nécessités du traitement de quelque complication déterminée, on peut dire que l'usage interne des eaux minérales n'occupe qu'une place secondaire dans la thérapeutique thermale des maladies des femmes. La balnéation, surtout en piscine, à des températures plus ou moins élevées, selon les indications, selon les idiosyncrasies des malades, d'après la nature de l'affection utérine, sa plus ou moins grande irritabilité, à des degrés de minéralisation plus ou moins considérables, constituent la base de cette thérapeutique. D'une façon générale, et abstraction faite de toute contre-indication, on peut dire que les chances de succès sont plus nombreuses avec de hautes températures et des minéralisations puissantes. Mais combien d'exceptions à cette règle!

A l'usage du bain il faut ajouter plusieurs autres pratiques fort en honneur dans beaucoup de stations. C'est contre l'abus de ces pratiques qu'il est bon de mettre surtout les malades en garde.

Ici viennent figurer les irrigations vaginales ou rectales, soit avec de simples irrigateurs, des clyso-pompes, soit avec des douches ascendantes plus ou moins puissantes; puis des douches fortes ou faibles, générales ou locales, en lame ou en pluie. Les douches locales sont dirigées soit vers les parties supérieures du corps, dans le but d'opérer une révulsion au bénéfice des organes contenus dans le petit bassin, ou au contraire sur des régions plus ou moins rapprochées de ces organes, en vue d'exercer sur eux une action plus directement résolutive. C'est particulièrement sur les lombes, la région sacrée et sur l'hypogastre que sont administrées ces douches locales.

Les douches générales, par la révulsion qu'elles exercent à la

périphérie, sont en général celles qui offrent le plus d'avantages et le moins d'inconvénients. Il faut prendre garde toutefois qu'elles ne provoquent une réaction générale, fébrile ou nerveuse trop intense. Mais les douches locales, surtout celles qui viennent frapper l'hypogastre, réclament la plus grande réserve, la plus active surveillance au point de vue de leur durée, de leur température, de leur volume, de la puissance de leur chute. Le plus ordinairement elles doivent être faibles et par le niveau de la chute et par le volume du jet, de courte durée. Dans bien des cas elles doivent être interdites, pour peu surtout qu'elles aggravent les phénomènes douloureux. L'exacerbation des accidents inflammatoires par l'usage intempestif ou l'abus de ces douches a été observée par beaucoup de praticiens, et signalée dans quelques monographies de médecins hydrologues.

Quoique moins énergiques et moins périlleuses que les douches hypogastriques, les douches sur les lombes et la région sacrée, sont loin de permettre une application dont le maniement puisse être laissé en toutes mains. Quant aux douches vaginales qu'on désigne encore sous le nom de douches utérines, bien qu'elles ne dépassent pas l'orifice externe du col, elles réclament encore plus de ménagement. Les douches ascendantes proprement dites ne doivent être administrées qu'avec de faibles chutes et avec une parcimonie en rapport avec l'irritabilité de l'utérus. Le plus ordinairement il y a lieu de s'en tenir à de simples irrigations, faites pendant le bain avec l'eau du bain, ou quelque autre eau plus spécialement appropriée à cet usage, comme on le voit dans certaines stations, à Bourbon-l'Archambault, par exemple, et à l'aide des appareils les plus simples, d'un irrigateur dont le robinet ne sera ouvert qu'au tiers ou au quart ou avec un simple clyso-pompe. Elles ne doivent pas durer dans le bain plus de 8 à 10 minutes, particulièrement si les eaux sont fortement minéralisées.

J'ai même vu des femmes qui n'avaient pu supporter de simples injections avec des eaux minérales faibles, alors qu'elles se trouvaient bien à l'ordinaire, d'injections émollientes et narcotiques.

Dans certains cas il peut être avantageux de faire participer

la matrice à la balnéation du reste du corps par le procédé suivant :

Ainsi que l'a fait observer mon savant maître, M. Gueneau de Mussy, dans un remarquable mémoire sur lequel j'aurai à revenir, le vagin dans les conditions ordinaires est une cavité virtuelle, habituellement close par l'accolement de ses parois. On peut en avoir la démonstration par une expérience fort simple. En plaçant sur le col un petit morceau d'ouate imbibé d'eau blanchie par l'acétate de plomb, on peut s'assurer après un bain sulfureux, que celui-ci n'a pas pénétré jusqu'à la ouate, car elle n'a pas noirci.

Pour que la matrice ait sa part du bain, il faut maintenir écartées les parois vaginales. M. Gueneau de Mussy, se sert à cet effet, d'une très-grosse canule, sorte de petit speculum, fait avec le tissu qui sert à confectionner les sondes élastiques. On trouve, chez les fabricants d'instruments de chirurgie, des instruments destinés au même usage, présentant la même forme, mais offrant sur leur parois latérales des orifices qui multiplient les moyens d'irrigation.

Quant aux douches ascendantes rectales, outre qu'elles combattent un accident fréquent de la métrite, la constipation, elles ont aussi une action résolutive sur l'utérus, et elles peuvent être mieux tolérées que les douches utéro-vaginales.

Les vertus résolutives des bains de boues minéro-thermales pourraient encore avec avantage être utilisées dans le traitement de certaines formes de métrite. Mais ces bains de boues à la suite desquels les malades vont pour se laver, se plonger dans l'eau minérale limpide et qui ont perdu en France une grande partie de la faveur dont ils jouissent encore en Allemagne, ne se rencontrent que dans un nombre restreint de stations. Citons Saint-Amand (Nord), Barbotan (Gers), Dax (Landes), Acqui (Piémont), Franzensbad (Bohême).

(A suivre.)

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE

SUR L'UTÉRUS SAIN, MALADE OU GRAVIDE (1).

Par le Dr Edouard Burdel,
Médecin de l'hôpital de Vierzon.

(1er article.)

Lorsque, jeune praticien, je débutais dans cette contrée palustre qui a nom Sologne, contrée si vaste et si riche en observations que le médecin peut y faire pendant longtemps encore une riche moisson, je fus frappé du fait suivant : un grand nombre de femmes enceintes atteintes de fièvre intermittente, près desquelles j'étais appelé, ne manquaient presque jamais de me dire, au moment où j'allais administrer la quinine, ou formuler un traitement antipériodique ; — ne manquaient jamais de me dire : — « Surtout, monsieur, ne me donnez pas de quinine, vous me feriez blesser. » — Qu'avait donc de fondé cette crainte? était-elle appuyée sur une observation sérieuse, irréfutable? ou n'était-ce que la continuation de cette sorte d'ostracisme dont le peuple depuis longtemps a frappé la quinine? Et par conséquent n'était-ce que cette frayeur exagérée, hors de toute raison qui se transmet sans qu'on sache pourquoi, comme on colporte une calomnie ou une médisance. Car, hélas ! la quinine, ce médicament si précieux, partage ce triste privilége avec tous ceux qui jouissent dans le monde d'une certaine supériorité.

Empêcher un médecin d'administrer la quinine dans un cas de fièvre intermittente, et surtout chez une femme enceinte, cet acte me semblait aussi monstrueux que celui de lier les mains à un homme qui veut en empêcher un autre de tomber à l'eau. Car, si l'on ne donne la quinine dans un cas semblable, quel autre médicament plus ou aussi certain pourra-t-on administrer?

(1) Ce mémoire est extrait d'un ouvrage inédit intitulé : *Trente années de médecine pratique dans un pays palustre* que M. le Dr Burdel se propose de publier prochainement.

et si l'on reste inactif, que devra-t-il arriver, quel drame devra surgir?

On comprendra l'embarras et la perplexité du jeune praticien qui, timide comme on doit l'être au début de sa carrière, se trouve aux prises à la fois avec la science qui lui dit : vas, agis sans crainte, et le préjugé qui arrête son bras, lui faisant entrevoir le danger d'agir et faisant peser sur lui une grave responsabilité.

A l'époque dont je parle, tous les traités thérapeutiques que je pus consulter étaient muets sur ce point,aucun ne parlait des propriétés abortives de la quinine. Le quinquina qui, avant la découverte de la quinine, se donnait à doses massives pour couper la fièvre, le quinquina était indemne de cette accusation.

Les confrères que j'interrogeais sur ce point ne me répondaient que d'une manière évasive. et dans ma timidité d'alors, je n'osais pousser plus loin mes investigations, de peur de passer pour un ignorant. Malheureusement pour moi, mon père, observateur sérieux qui avait exercé la médecine dans le même pays, était mort; par lui j'aurais pu déjà entrevoir la vérité : force me fut donc de chercher par moi-même la solution de cette question que je me posai alors en la subdivisant ainsi :

1° Dans les cas de fièvre intermittente survenant chez les femmes enceintes, la quinine exerce-t-elle une action abortive?

2° Serait-ce au contraire la fièvre intermittente qui, frappant la femme dont l'utérus est gravide, serait une cause abortive?

3° Enfin, chez beaucoup de femmes enceintes, habitant des pays palustres, l'avortement ne déterminerait-il pas une fièvre intermittente qui serait tout à la fois le prélude et la cause efficiente de l'avortement? S'il faut dire la vérité, pendant longtemps j'ai vécu dans le doute; c'est-à-dire qu'après avoir primitivement nié l'action abortive de la quinine, puis après avoir cru lui reconnaître cette propriété, je suis arrivé aujourd'hui, après de longues et nombreuses observations, à nier cette action spécifique sur l'utérus.

Pour me faire comprendre, ou plutôt pour éviter toute ambiguité sur le fait que j'avancé, j'ai besoin de m'étendre et de m'appuyer sur quelques-unes des nombreuses observations qui

m'ont été fournies dans ma pratique médicale. Les intérêts de la science médicale étant liés d'une manière intime avec ceux de l'humanité, je me fais un devoir, afin d'éclairer cette question pleine d'importance, de dire sans restriction et avec impartialité ce que l'observation m'a démontré.

Quelle est l'action de la quinine sur l'utérus sain ?

Plus de mille fois, bien certainement, j'ai eu à traiter des fièvres intermittentes plus ou moins graves et nécessitant de puissantes doses de quinine chez des jeunes filles et des jeunes femmes dont l'utérus était sain, avant, pendant et après la menstruation. Eh bien ! *presque jamais*, sauf quelques exceptions, je n'ai eu à observer que la quinine agissait d'une manière spéciale, soit en activant, soit en diminuant la perte du fluide menstruel, soit même en provoquant des coliques utérines. J'ai dit *presque jamais*, parce qu'aucune règle n'existant sans exception, il m'a été donné d'observer parfois des susceptibilités idiosyncrasiques pour lesquelles il faut un rien pour produire des troubles dans les fonctions utérines. Qui ne sait qu'il y a des femmes et des jeunes filles chez lesquelles le moindre excitant détermine ces troubles ; un vin trop généreux, une boisson alcoolique, le café, certains condiments, etc., et c'en est assez pour déranger cette fonction ; ces cas sont rares, je l'ai dit, aussi je les range parmi les exceptions ; et que dans d'autres cas encore la quinine suspendait l'hémorrhagie.

Que de fois j'ai essayé, dans certains cas d'aménorrhée et de dysménorrhée, de provoquer ou d'augmenter la menstruation à l'aide de la quinine, et cela sans résultats ; lorsque, d'autres fois, dans des cas de pertes utérines, alors que des accès périodiques m'obligeaient à administrer la quinine, je ne pouvais le faire sans voir augmenter l'hémorrhagie.

Ainsi donc, à doses ordinaires, la quinine ne m'a pas semblé avoir des propriétés sensiblement actives et spéciales sur l'utérus ; je dis à doses ordinaires, car à doses massives la quinine, chez certaines organisations, peut devenir toxique et alors troubler l'économie tout entière. On ne peut nier sans aucun doute que la quinine (c'est même ce qui établit sa grande puissance thérapeutique) n'ait une action spécifique sur le système cérébro-

spinal et en particulier sur les nerfs vaso-moteurs et, par contre, sur les fibres musculaires lisses; mais s'ensuit il que cette action s'étende sur la circulation artérielle du globe utérin tout entier, anéantissant d'une manière plus ou moins complète le cercle circulatoire qui existe entre la mère et le fœtus, de façon à déterminer la mort de celui-ci par suppression du fluide vivifiant? c'est ce que nous allons dire en parlant de l'action de la quinine sur l'utérus gravide.

Mais avant, qu'il me soit permis de dire un mot de l'action de la quinine sur l'utérus malade.

Dans une contrée palustre, là où toutes les affections chroniques surtout s'imprègnent pour ainsi dire à chaque instant de l'élément périodique, côtoyant souvent même la perniciosité, et pour lesquelles, par conséquent, le praticien est toujours contraint d'avoir la quinine à la main, je déclare que dans les affections de l'utérus, métrites aiguës ou chroniques, fièvres puerpérales, ulcères simples ou cancéreux, etc., la quinine ne m'a jamais donné que des avantages marqués (lorsque, bien entendu, son emploi était indiqué); bien plus, dans une multitude de ces cas, il a rempli un rôle héroïque. Rien d'étonnant à cela, lorsqu'on voit toute la puissance névrosthénique de ce médicament; et son action tonique et antiseptique est certainement augmentée encore par cette propriété spéciale de contracter les fibres musculaires lisses de cet énorme réseau vasculaire qui constitue le parenchyme utérin. Mais là n'est pas pour le moment la question que nous devons traiter; arrivons à celle qui fait le sujet principal de ce travail.

La quinine a-t-elle sur l'utérus gravide une action abortive incontestable?

En commençant, j'ai dit à quel point au début de ma carrière j'a dû être circonspect et prudent, arrêté que j'étais, à chaque instant, par le cri de suspicion que poussaient les familles lorsque j'étais appelé auprès d'une femme enceinte, atteinte de fièvres intermittentes.

Ce *caveant consules*, n'était certainement pas fait pour me rassurer sur cette action abortive que l'on prêtait déjà à la quinine (je parle de 1843). Aussi, ne pouvant administrer la quinine

et ne voulant pas toujours donner les sels arsenicaux dont l'action est lente lorsqu'on est pressé d'agir, je me contentais de faire prendre l'extrait de quinquina et des préparations diverses. Si j'avais affaire à une fièvre éphémère, ainsi que cela se rencontre souvent, la malade, après quelques jours de repos, était sur pied, se trouvant indemne de tout accident; mais si, au contraire, cette fièvre se présentait à l'état aigu, la fièvre restait rebelle au médicament, s'aggravait, au moins dans ses stades, et alors l'avortement ne tardait pas à s'effectuer; que si, au contraire, effrayée par la persistance de la fièvre et les proportions de perniciosité qu'elle pouvait prendre, la famille m'autorisait à donner la quinine, souvent l'avortement survenait quand même, et alors on était toujours disposé à attribuer à la quinine les troubles physiologiques qui venaient de se produire lorsque, bien certainement, cette perturbation n'était que le résultat de l'état morbide.

Je ne me souviens pas d'avoir vu, dans ma pratique médicale, de femmes enceintes prises sérieusement de fièvres intermittentes, sans qu'elles fussent menacées d'avorter et sans que moi-même je fusse très-inquiet sur l'issue que ces conditions pathologiques pouvaient apporter chez ces femmes. J'ai pu faire cette remarque très-importante : c'est combien en général sont peu nombreux, relativement, les cas de fièvres intermittentes frappant les femmes enceintes. Du reste, ne se passe-t-il pas là ce que chacun a pu observer dans la pathologie des femmes dont l'utérus est gravide? car il n'est pas de praticien, aussi peu observateur soit-il, qui n'ait été frappé par cette sorte d'immunité morbide dont la nature, jusqu'à un certain point, entoure la femme à l'état de gestation; et avec quel soin elle la rend souvent invulnérable aux causes qui l'atteignent inévitablement, comme tout le monde, si l'utérus est dans un état normal; en un mot, protégeant la mère pour épargner le fœtus.

La fièvre intermittente est plus rare chez les femmes enceintes, voilà ce qu'il faut reconnaître et dire; mais ajoutons aussi que, lorsqu'elle en est frappée, elle est très-souvent menacée d'avortement. Loin de moi la pensée d'établir qu'indubitablement

toute affection aiguë qui atteint la femme en gestation doit nécessairement être pour elle une cause abortive; mais je désire à ce propos rappeler ce fait, que chaque praticien a été à même d'observer bien des fois : c'est qu'il n'est pas de fièvre, ni d'affection aiguë qui ne mette en danger le fœtus que la femme porte dans son sein, c'est-à-dire que l'on doit regarder comme d'heureuses exceptions les femmes enceintes qui, frappées d'affections aiguës, n'avortent pas dans le cours de ces maladies. Les fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, variole, etc. ne sont-elles pas le plus habituellement des causes d'avortement? Une femme enceinte peut échapper encore à cet accident dans le cours d'une pneumonie ou d'une pleurésie, si ces affections n'ont pas trop d'acuité; mais, à coup sûr, la fièvre muqueuse, la fièvre typhoïde, et à quelque degré qu'elles soient, seront presque toujours une cause d'avortement. L'on se tromperait étrangement si l'on supposait la fièvre intermittente une affection trop bénigne pour épargner toujours la femme enceinte.

Ceux qui, comme nous, ont été à même d'observer les fièvres intermittentes dans les pays palustres, diront combien est exact le fait que nous avançons. La secousse violente imprimée à l'arbre céphalo-rachidien dans le paroxysme des accès de fièvre, explique assez de lui-même le trouble qui en résulte pour comprendre combien le fruit utérin a de peine pour échapper à cet élément de destruction. Aussi n'est-ce pas sans raison que nous sommes en crainte lorsqu'une fièvre intermittente, tant soit peu aiguë, vient à s'établir chez une femme dans cet état. Et si, dans ces conditions, on administre la quinine, ce fébrifuge souverain, qu'adviendra-t-il? Si la femme avorte, faudra-t-il mettre cet accident sur le compte de la fièvre ou sur celui de la quinine, lequel des deux devra porter la faute?

Quelques observations vont nous aider à éclairer cette question.

1re Obs. — Mme de B..., habitant les environs de Vierzon, âgée de 25 ans, est d'une bonne constitution, n'a jamais été malade, et sa première couche, qui l'a rendue mère d'un enfant âgé aujourd'hui de 3 ans, s'est faite sans accident. Enceinte de 4 mois et demi; jusqu'aujour où elle vient me consulter, elle n'a ressenti aucun ma-

laise. Le château qu'elle habite, construit à mi-côte sur les bords du Cher, est dans une excellente situation, non plus en Sologne, mais dans le Berry; cette contrée n'est relativement pas fiévreuse, cependant, suivant la constitution des saisons, les fièvres s'y rencontrent encore au printemps et à l'automne. Le 28 mai 1872, Mme de B... vient elle-même me consulter, accusant depuis quelques jours un mal de tête assez violent qui augmente le soir et diminue vers le matin; je me borne à lui prescrire quelques boissons rafraîchissantes; mais le lendemain, je suis mandé près d'elle; elle a eu, dit-elle, en me quittant un frisson violent suivi d'une forte fièvre, la céphalalgie a été plus intense que d'habitude, et lorsque je la vois, je la trouve abattue, le visage injecté, elle a 100 pulsations. Elle se plaint, en outre, d'une douleur violente dans les reins, mais sans coliques. Je me contentai d'ajouter à ma prescription un julep simple additionné de 10 gouttes d'aconit, promettant de revenir le lendemain. Après mon départ, la fièvre a baissé avec une légère transpiration, mais quelques heures après elle augmente ainsi que la céphalalgie; à cette visite, Mme de B... se plaint d'une douleur de reins plus vive encore que les jours précédents, cette douleur s'étend jusque vers les lombes et un peu vers le bas-ventre.

En présence de deux accès de fièvre qui me semblent aussi marqués, j'allais prescrire la quinine, lorsqu'en palpant le ventre, je sentis le globe utérin fortement abaissé et proéminant en avant.

La famille, inquiète de voir cette fièvre dont les accès s'aggravaient et craignant de voir apparaître une fièvre grave, une méningite, ou une fièvre typhoïde, me suppliait d'aviser aux moyens les plus prompts d'arrêter ou de diminuer cette fièvre. C'est alors que je dus faire part de ma crainte et dire à la famille que la quinine me semblait le seul moyen héroïque à employer, mais que prévoyant, d'une part, un avortement, et de l'autre craignant que l'on mît cet accident sur le compte du médicament, je désirais les en prévenir et prendre toutes les dispositions nécessaires pour ne pas être pris au dépourvu lorsque l'événement surviendrait.

La famille surprise d'un tel avertissement, me demandait comment il se pouvait faire que Mme de B... pût se blesser, alors qu'elle n'avait fait ni chute, ni commis les imprudences qui habituellement déterminent ces accidents. Lorsque j'avais interrogé la malade, je n'avais, il est vrai, trouvé aucune cause déterminante, si ce n'est le chemin caboteux qui conduit au château, mais que Mme de B... parcourt habituellement deux ou trois fois par semaine, lequel chemin cahoteux n'avait produit aucun accident pendant la première grossesse. Pour moi, j'accusais la fièvre, j'avais été si souvent témoin de ces faits là, que, voulant enlever à la quinine toute responsabilité, je crus devoir conseiller d'attendre l'arrivée d'un troisième accès, après quoi, s'il n'était rien survenu, on donnerait la quinine sans hésiter à la dose

de 50 centigrammes. Mais, m'objecta M. de B..., s'il arrivait que la fièvre devînt pernicieuse, ne serait-il pas trop tard pour administrer la quinine? Je crois pouvoir assurer, ajoutai-je, que la fièvre n'a aucun caractère de perniciosité, et que sans danger, eu égard à la grossesse et surtout à la fâcheuse réputation que l'on prête à la quinine, on peut attendre la fin du troisième accès; cependant, je ne vois, dis-je, aucun inconvénient à administrer la quinine dès à présent si vous le voulez, vous prévenant seulement que l'avortement est imminent, et que vous ne devrez pas accuser le médicament.

Après mon départ, la famille toute entière délibéra sur ce qu'elle devait faire; elle crut sage de n'administrer que la moitié de la dose que j'avais prescrite, c'est-à-dire 25 centigrammes environ. Mais pendant la nuit, ce que j'avais prévu arriva, l'avortement se fit : Mme de B... accoucha d'un fœtus mort depuis deux jours environ. Les suites de cet accident se passèrent aussi bien que possible, et je dus quelques jours après administrer la quinine, car la fièvre, d'abord quotidienne, s'établit avec le type tierce. Quelques jours de traitement suffirent pour rétablir complètement Mme de B... dont la santé est excellente aujourd'hui.

Dans cette première observation que je viens de rapporter et que je prends au milieu d'un grand nombre de la même espèce, dira-t-on que la quinine a joué le rôle de médicament abortif? non sans doute; car, d'une part, la quinine n'a été administrée qu'à une trop faible dose et alors que tout faisait pressentir un événement prochain. Et cependant il est plus que certain que si l'on eût fait prendre la quinine après le premier accès, la famille tout entière, et peut-être aussi quelques praticiens, n'eussent pas manqué de regarder la quinine comme ayant agi en qualité d'abortif.

C'est en 1844 que Rayer appela pour la première fois l'attention du monde médical sur l'action abortive de la quinine; mais, ainsi que je l'ai indiqué en commençant, le public n'avait pas attendu l'appel de Rayer pour accuser la quinine du crime d'avortement, car, depuis longtemps déjà, l'on portait à son dossier tous les faits d'avortement que les fièvres intermittentes déterminent, alors que pendant le cours de cette affection la quinine était administrée comme traitement.

Bien qu'à cette époque l'assertion de Rayer ait été combattue par Hubert Rodrigue appuyé par la clinique des professeurs de

Montpellier, démontrant que la quinine n'avait pour les femmes enceintes d'autres inconvénients que ceux qui pouvaient lui être ordinaires pour tous les autres malades; et, bien que de nos jours encore, tous les praticiens qui ont observé dans les pays palustres eussent affirmé à qui mieux mieux que ce n'est pas la quinine qui est abortive, mais bien la fièvre intermittente elle-même, nous avons été on ne peut plus étonné de voir cette question surgir et reparaître pour être mise à l'ordre du jour, alors que les faits relevés chaque jour par des observations consciencieuses, viennent démontrer d'une manière péremptoire qu'il y a là tout simplement un déplacement de question.

Parmi les observateurs que nous pouvons citer, nous nommerons en première ligne M. Briquet, qui n'attribue à la quinine aucune action élective sur l'utérus, pas plus abortive qu'emménagogue; Berenguier de Rabastens, qui établit par des observations nombreuses, que la fièvre intermittente seule a une action fâcheuse sur la gestation; Evrard du Bourg, qui a vu des cas où la quinine ayant arrêté l'accès de fièvre, l'avortement était suspendu alors qu'il était imminent (*Journal de Médecine de Lyon*, mai 1846). M. Colin, dans son traité des fièvres intermittentes, M. Duboué, dans son livre sur l'impaludisme, tous deux, ainsi que je le ferai voir plus loin, démontrent d'une façon incontestable que la fièvre seule et non la quinine est responsable de l'action abortive. Enfin, si notre humble opinion, appuyée sur nos observations de trente ans, peut apporter la conviction dans l'esprit de ceux qui n'ont pu voir, nous pourrions en citer un nombre suffisant pour édifier le lecteur sur ce point.

(*A suivre.*)

DE L'UTÉRUS PUBESCENT

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes).

(Suite et fin.)

A mon sens l'absence des règles ne tient pas à d'autres causes qu'à l'état incomplet de développement de l'utérus. La petitesse de cet organe a été ici, comme dans les autres cas, le vrai motif de la non-existence de la menstruation. S'il est des exemples dans lesquels l'établissement des règles est retardé jusqu'à l'âge de cette malade, on ne saurait les invoquer pour l'explication de ce fait : dans les observations appartenant à cette catégorie, on peut trouver, il est vrai, un état analogue de l'utérus, mais les ovaires se signalent alors par leur parfaite intégrité.

En résumé, l'ovulation a eu lieu parce que les ovaires étaient normalement conformés, et les règles ont fait défaut parce que l'utérus était incomplètement développé.

A quelle cause faut-il attribuer ce défaut de concordance entre l'âge des malades et l'état de l'utérus? On n'en sait rien à parler franchement. S'il est des exemples dans lesquels cette anomalie coïncide avec des affections diathésiques telles que la phthisie, la scrofule et le rachitisme, on ne saurait voir là une relation de cause à effet, et en tout cas il convient de reconnaître qu'il y en a un assez grand nombre qui échappent à ces allégations. « Nous avons nous-même, écrit Scanzoni, observé à plu« sieurs reprises l'anomalie en question chez des sujets d'une « constitution robuste et parfaitement organisés. » Pour notre part nous avons fait une observation semblable sur une femme d'une quarantaine d'années; elle était arrivée à cet âge sans avoir éprouvé autre chose que des indispositions passagères et sans gravité. Voici du reste le récit de ce nouveau fait.

« Le 22 août 1863 s'est présentée à ma consultation la nommée Elisabeth M..., demeurant à Nîmes, rue du Pont-Sigalon. Elle vient consulter pour un érysipèle du bras et de l'avant-bras gauches.

Cette fille, âgée d'une quarantaine d'années, a les apparences d'une bonne constitution; sa taille est assez élevée et il existe un peu d'embonpoint. Son teint est coloré et ses cheveux sont châtain foncé. Elle n'a jamais été réglée au moins d'une façon suivie pendant tout le cours de son existence. Vers l'âge de 15 à 16 ans, elle éprouva des troubles divers qui furent envisagés comme les préludes de la menstruation, mais qui n'ont point été suivis de résultat. Pourtant, elle a eu à cinq ou six reprises des écoulements de sang par la vulve. Ces écoulements, après s'être présentés une dernière fois, il y a une dizaine d'années, n'ont plus reparu depuis.

Soit conscience de son état d'imperfection, soit indifférence pour les hommes, elle a refusé plusieurs fois de se marier; elle est du reste restée vierge, et lorsque j'obtins de pratiquer le toucher, j'ai constaté la parfaite intégrité de l'hymen. Le vagin, médiocrement spacieux, a sa longueur normale; le col utérin fait dans son fond une saillie insignifiante, et offre une petite dépression qui n'est autre chose que le méat. Autant que j'ai pu m'en assurer par le toucher vaginal et le toucher rectal, l'utérus est remarquablement petit : je n'ai pu mesurer avec la sonde l'étendue de son diamètre longitudinal, mais il m'est resté la conviction qu'il s'agit là d'un utérus pubescent. L'arrêt de croissance de l'utérus est à mon sens la véritable raison de l'absence des règles. Malgré cette manière d'être, la santé de cette fille est généralement bonne. »

III.

S'il importe au médecin de connaître les cas de ce genre, on ne doit pas le dissimuler non plns, il n'est pas toujours facile d'y arriver. Les troubles de la menstruation par lesquels se traduit principalement cet arrêt de croissance, outre qu'ils sont variables, ne sont rien moins que pathognomiques. Pour ne pas nous répéter, nous les étudierons et discuterons simultanément leur valeur.

Le non établissement des règles qui s'observe, alors que la petitesse de l'utérus existe à son degré le plus élevé peut, comme

on le sait, tenir à une foule de causes. Avant d'en venir à la pensée d'une malconformation de l'organe, on doit se demander au préalable s'il n'existe pas une cause purement physiologique et s'il n'y a pas lieu de l'invoquer avant plus ample informé. Les recherches statistiques effectuées dans ces dernières années, en vue de déterminer l'époque de la première menstruation, montrent combien en pareille occurrence il est difficile d'éviter l'erreur lorsqu'on a à se prononcer sur des sujets qui n'ont pas atteint leur vingt-unième année. Après cet âge, on a, il est vrai, plus de motifs pour penser à une anomalie des organes de la génération, mais cependant on n'est pas davantage autorisé à émettre cette opinion d'une façon absolue. Il y a, en effet, des femmes qui sont réglées plus tardivement encore, et entre autres exemples on peut citer celui d'une femme observée par Löwenstein (*Med. Zeit., Russeland*, 1854, n° 46), laquelle, mariée à dix-sept ans, ne vit les règles s'établir qu'à l'âge de trente ans.

Ce sont là assurément des cas vraiment exceptionnels, aussi lorsque le sujet a toutes les apparences d'une bonne constitution, qu'il a dépassé de quelques années l'âge moyen de la venue des règles, on est en droit de rechercher les causes de leur non existence. L'absence de l'hémorrhagie cataméniale peut, en effet, tenir à des causes variées, et être tantôt physiologique et tantôt anatomique. Elle est dite physiologique lorsqu'elle coïncide avec des organes normalement conformés. — J'en ai observé un exemple chez une personne qui avait eu trois enfants, et n'avait vu du sang sortir des voies génitales qu'à l'occasion de ses couches et ai relevé une soixantaine d'observations analogues, — elle est dite anatomique quand elle procède de l'état des ovaires ou de l'utérus. Dans l'une et l'autre hypothèse, l'examen des parties génitales permet seul d'établir le diagnostic; dans la première, les organes sont normalement conformés, tandis que dans la seconde le vagin manque ou existe suivant la nature de l'anomalie.

Du reste, il est bon de le remarquer avant d'aller plus loin, la non-existence de l'hémorrhagie cataméniale n'est point caractéristique de l'utérus pubescent, et en l'état présent elle n'est que

l'indice d'une petitesse exagérée. Quand l'organe est plus avancé dans sa croissance, il se peut, en effet, qu'il y ait dans ces conditions des écoulements de sang. Ces écoulements peuvent venir à de longs intervalles comme en fait foi notre dernière observation, ou bien survenir à des intervalles beaucoup plus rapprochés mais être dans tous les cas irréguliers dans leur venue, médiocres dans leur quantité et peu en rapport avec la constitution du sujet.

En résumé, il y a peu à compter sur les symptômes rationnels, et le diagnostic risquerait fort de ne jamais aboutir si on n'avait pas d'autres ressources à sa disposition. L'exploration soignée de l'abdomen, le toucher vaginal et rectal et les résultats fournis par la sonde utérine donnent les moyens d'établir le diagnostic différentiel.

Le vagin est tantôt ample et spacieux, tantôt au contraire rétréci dans sa longueur et dans son calibre. Chez le sujet examiné par Pfau, ce canal, élargi par les rapprochements sexuels, avait tout au plus un pouce et demi de longueur. Son absence, soit complète, soit partielle, n'a jamais été notée, tandis que ce phénomène est la règle dans les arrêts de développement des ovaires et de l'utérus.

La portion vaginale du col se signale par son extrême petitesse; elle forme tantôt un cône mince et pointu, tantôt une saillie verruqueuse de la grosseur d'un pois. Au centre est le méat utérin qui est généralement petit.

L'arrêt de croissance de l'utérus se détermine par le toucher vaginal, mais surtout par le toucher rectal. A l'aide de ce dernier on atteint facilement son fond. Enfin, lorsqu'on parvient à introduire une sonde utérine, on mesure directement et avec certitude le degré de raccourcissement de l'organe.

IV.

Cette étude, plus anatomo-pathologique que clinique, n'est pas cependant dépourvue de tout intérêt pratique, et j'avoue franchement que je ne me serais pas attardé à l'écrire si elle n'eût eu d'autre but que la constatation pure et simple du fait.

Le narré des deux observations qui me sont personnelles est sans doute quelque chose, mais ce serait bien peu si je n'arrivais à faire partager ma conviction au lecteur, si je ne parvenais à lui démontrer, qu'à l'encontre de la plupart des anomalies, l'arrêt de croissance désigné sous le nom d'utérus pubescent est susceptible de guérison.

Il ne faut pas le dissimuler cependant, c'est l'opinion contraire qui est généralement admise, c'est l'idée de l'incurabilité qui a dominé jusqu'à aujourd'hui, et que les faits rappelés dans cette étude semblent mettre hors de toute contestation.

« Tous les cas que nous eûmes à traiter, écrit Scanzoni, résis-
« tèrent opiniâtrement aux nombreux efforts que nous tentâmes
« pour obtenir un flux de sang plus considérable vers les organes
« du bassin, et amener par là une menstruation plus copieuse.
« D'autres n'ont pas été plus heureux ; Kiwisch, par exemple,
« dit avoir fait la même expérience ; il conseille de plus, avec
« beaucoup de raison, de se garder d'employer des emménago-
« gues trop violents. »

Tout en nous associant au conseil donné par Kiwisch, nous ne pensons pas que cet état soit au-dessus des ressources de l'art, que la stérilité en soit la conséquence forcée, et qu'il faille répéter aux femmes ainsi conformées, le fameux vers de l'*Enfer* du Dante.

Cette manière de voir qui nous est personnelle n'est point émise à la légère, et à notre jugement elle paraît incontestable, car elle s'appuie sur des considérations de divers ordres.

En fin de compte, l'utérus pubescent n'est ni un état morbide, ni un arrêt de développement, mais simplement la fixation d'une forme d'évolution aussi rapprochée que possible de l'apogée. Cette forme transitoire, destinée à relier l'état infantile à l'état pubère, se transforme, dans l'immense majorité des cas, d'une façon spontanée et discrète, tout à la fois sous l'influence d'un afflux plus considérable du liquide sanguin vers les organes pelviens, et d'une irritation venant des centres nerveux. Dans les cas où cette transformation se fait attendre, pourquoi n'y aiderait-on pas ? pourquoi ne ferait-on pas sortir l'organe de sa torpeur prolongée ?

La légitimité du rapprochement établi entre le fait physiologique et le fait anormal, l'exacte similitude des formes anatomiques dans l'un et l'autre cas, les retards dont le fait physiologique est susceptible, non moins que les curations qui ont été obtenues dans certains faits, motivent les plus fortes présomptions et autorisent à concevoir les espérances les plus sérieuses. Je ne prétends pas qu'on doive toujours réussir, je me borne simplement à dire qu'on ne doit pas toujours échouer.

Au nombre des observations qui ont conduit à cette manière de voir, il n'en est pas de plus curieuse que celle de Troschel concernant une fille de 20 ans, ayant l'aspect et les allures d'une virago. Au fond du vagin, qui était très-long, on trouva une saillie résistante, n'ayant guère l'aspect de la portion vaginale du col. A l'aide d'un cathéter introduit dans la vessie, et d'un doigt porté dans le rectum, on ne put constater d'utérus. On avait conclu à l'*absence de cet organe*, lorsque, dix mois après, cette fille, jusqu'alors non menstruée, voyait les règles survenir normalement. Lumpe, auquel nous avons précédemment emprunté une observation, en relate quelques autres tout aussi significatives. Dans deux cas, cette petitesse de l'utérus n'empêcha pas la grossesse, mais fut suivie d'avortements répétés, tandis que, chez deux autres, cette petitesse constatée dans les premiers temps du mariage, disparut peu à peu et permit plus tard aux femmes de concevoir et de porter les enfants jusqu'à terme. Enfin, Pfau, professeur d'accouchements à Lemberg, a décrit un cas non moins curieux, qu'on me permettra de relater dans ses principaux détails.

« Une fille, née avec une atrésie du vagin, fut opérée à 17 ans; l'hymen, d'apparence fibreuse, fut ouvert et donna passage au sang qui s'était accumulé en arrière. Trois mois après cette opération, à la suite de violentes douleurs dans le bas-ventre, la menstruation survint; mais, malgré tous les moyens employés, elle resta irrégulière et extrêmement douloureuse.

Mariée à 20 ans, les rapprochements sexuels furent tellement douloureux qu'elle réclama l'examen d'un médecin.

Les parties extérieures étaient bien formées; le vagin lisse, déjà élargi par le coït, avait seulement un pouce et demi de

longueur; en son fond la portion vaginale était figurée par une saillie verruqueuse, de la grosseur d'un pois aplati; derrière elle on découvrit, à l'aide d'un spéculum, une petite ouverture par laquelle on engagea avec peine un stylet boutonné, à la profondeur *d'un demi-pouce*. La lèvre postérieure du col manquait donc complètement, et la lèvre antérieure était représentée par la saillie verruqueuse. Par le toucher rectal, on explora toute la face postérieure de l'utérus, et on constata qu'elle avait à peine un pouce un quart en longueur.

Dans ces conditions, il semblait peu probable que cette femme devînt jamais enceinte; elle le devint pourtant au bout de deux ans et demi de mariage, mais auparavant, les règles, tout en restant douloureuses, étaient devenues beaucoup plus abondantes.

Le travail se déclara le 13 octobre 1844; la tête se présentait, mais le méat restait fermé. Après avoir attendu *trois jours*, Pfau allait recourir au bistouri, lorsqu'avec l'ongle il parvint à détruire le cordon tendineux qui obstruait le méat. La tête franchit l'orifice et fut extraite avec le forceps. L'enfant vécut et la mère se rétablit assez rapidement.

Quatre mois plus tard, la menstruation survint, mais cette fois-ci, elle eut lieu sans douleurs. Le vagin est actuellement d'une longueur convenable; il est vaste et plissé. La portion intra-vaginale du col a un quart de pouce et entre les deux lèvres existe une fente transversale (*Œsterr. med. Wochenschrift*, 1845, n° 32). »

Voilà sans contredit une remarquable observation; aussi, malgré son étendue, nous n'avons pas hésiter à la rapporter. Elle est une preuve incontestable du développement ultérieur de de l'utérus et tout à la fois un enseignement capital.

L'utérus pubescent n'est donc pas absolument incurable, et bien que dans les cas qui précèdent, la nature paraisse avoir fait les frais de la guérison, ce n'est pas une raison pour le laisser livré à lui-même. En thèse générale, dès qu'une fille a atteint l'âge où sa mère a été réglée, il convient d'intervenir et de fortifier sa constitution par un régime convenable et par des reconstituants (fer et quinquina). Plus tard, vers la ving-

tième année, il faudra chercher à agir sur l'utérus, soit par l'électricité, soit par l'application de ventouses sèches sur le col utérin, ou bien encore, mettre à profit le pessaire intra-utérin, imaginé par Simpson.

En se conduisant ainsi, avec ménagement et persévérance, alors que la constitution est saine, on favorisera le développement du système utérin et permettra à la femme de remplir les fonctions auxquelles elle a été destinée.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

SUR LES

PROGRÈS DE LA PATHOLOGIE PELVIENNE

PENDANT LES VINGT-CINQ DERNIÈRES ANNÉES.

Par Edward John Tilt (1).

(Suite).

Proposition III. — Règle générale, les malades pelviennes dérivent d'un trouble de l'ovulation.

L'ovaire est en quelque sorte une fédération de cellules vitales. La vésicule de Graaf est l'individualité active de l'ovaire. Une vésicule saine permet à une femme d'être réglée et de concevoir. L'inflammation d'une vésicule est une ovarite d'où l'inflammation s'étend, comme d'un foyer, aus troma adiacent et au péritoine.

Rappelez-vous aussi la position de l'ovaire reposant, comme sur un coussin sur cette masse de tissu érectile, si bien décrite par le Dr Savage et par le professeur Rouget, et dont le but est de permettre cette congestion extrême des organes sexuels, sans laquelle il n'y a ni orgasme sexuel franc, ni menstruation régulière.

Si vous vous rappelez bien cette disposition, vous compren-

---

(1) Voir le n° d'avril, p. 293.

drez que l'on puisse observer quelquefois dans l'ovaire, des phénomènes comparables à ceux que l'éruption des dents produit souvent dans la bouche d'un enfant, à moins de gratifier la menstruation d'une immunité morbide dont ne jouit pas la dentition. Vous voyez souvent les phénomènes physiologiques de l'évolution dentaire devenir manifestement inflammatoires, et les dentistes vous diront que ces accidents ne sont pas dus à la pression de la dent, mais à quelque déviation du processus nutritif. De même que, chez un enfant strumeux, le développement du germe dentaire peut aboutir à une ulcération des gencives, à une hémorrhagie par les surfaces ulcérées, et même à la nécrose alvéolaire, de même chez une femme strumeuse l'ovulation peut dégénérer en ulcère. De même qu'une dentition morbide peut causer la stomatite et même quelquefois de l'érysipèle, de même nous devons savoir que la petite ulcération de l'ovaire développe autour d'elle de la péritonite.

Il n'est pas d'aphorisme médical, dont la connaissance soit plus nécessaire à ceux qui débutent dans la pratique médicale, que de se souvenir que les désordres de l'ovulation sont la source et l'origine (*fons et origo*) de presque toutes les maladies pelviennes des femmes. Vous verrez qu'il donne en quelque sorte la clef d'une interprétation exacte pour la pelvi-péritonite, l'hematocèle, les affections utérines et les maladies de la menstruation. Si vous êtes bien convaincus de ce fait, vous communiquerez votre conviction à vos malades et vous ferez aussi tout ce qui est en votre pouvoir pour empêcher les imprudences que les femmes commettent toujours pendant leurs règles, imprudences qui, chez les personnes non mariées, sont la cause principale des maladies des organes génitaux.

PROPOSITION IV. — Les désordres de l'ovulation sont la cause la plus fréquente de l'ovarite.

Aran reconnaît qu'il est difficile de distinguer les conditions anatomiques de l'ovulation morbide d'avec celles de l'inflammation.

Le Dr Arthur Favre (*Cyclopædia of anatomy and physiology*, 1858), n'hésite pas à dire que le processus de l'ovulation

est très-analogue dans sa nature à celui de l'inflammation, et que souvent il provoque des symptômes que l'on regarde habituellement comme caractéristiques de celle-ci.

Bernutz, Gallard et d'autres ont maintes fois trouvé à l'autopsie qu'une attaque d'ovarite avait eu pour point de départ l'inflammation d'une vésicule de Graaf. Dans quelques cas, les observateurs ont pu se convaincre que les recrudescences inflammatoires reconnaissaient aussi la même cause.

Ces retours périodiques de l'ovarite, coïncidant avec les époques menstruelles, font supposer, dans les cas où la vérification anatomique fait défaut, que l'inflammation naît dans la vésicule sur laquelle se concentre l'effort congestif du tissu même de l'ovaire. Le fait que la cause principale de l'ovarite est un désordre morbide des fonctions spéciales de l'ovaire, s'accorde parfaitement avec ce principe de pathologie générale qui envisage les maladies comme produites principalement par une déviation fonctionnelle ou nutritive. Gallard, Bernutz, Siredey et Aran ont confirmé mon assertion, sur la prédisposition à l'ovarite, des femmes profondément lymphatiques et scrofuleuses. Fréquemment ils ont trouvé chez elles, dans les ovaires et les trompes, des dépôts caséeux et tuberculeux. Je n'entends pas cependant diminuer l'influence des autres causes, principalement quand leur effet se fait sentir au moment des règles. J'admets parfaitement l'action du froid subit et intense, de la copulation, des rapports sexuels incomplets, des opérations chirurgicales pratiquées sur la matrice et de la blennorrhagie.

Au sujet de l'ovarite puerpérale, je maintiens encore, que bien qu'elle soit au fond de la même nature que toute autre ovarite, sa marche est tellement aiguë, et son évolution tellement modifiée par la puerpéralité ou la fièvre puerpérale qu'elle doit être décrite à part. Bennet, Bernutz et beaucoup d'auteurs partagent cette opinion, mais d'autres avec Grisolle et Aran prétendent qu'il n'est pas plus légitime d'établir une ovarite qu'une bronchite puerpérale.

Il est fort singulier qu'il n'aient pas fait la remarque que, malgré le degré d'asthénie que l'état puerpéral communique à la bronchite, les éléments constitutifs des bronches ne sont

pas dans des conditions d'hypertrophie analogues à celles qui existent manifestement pour les organes sexuels, dont la vitalité est alors assez active pour réduire en quelques jours le poids de l'utérus de 24 onces à 1 once 1/2.

Avant de passer outre, il est bon de noter que, même chez les femmes qui guérissent d'une ovarite puerpérale, la guérison laisse à sa suite un état d'ovarite chronique et de stérilité.

Proposition V. — L'ovarite est la cause principale de la pelvipéritonite.

Bernutz a loyalement reconnu que je l'ai précédé en mettant hors de doute la vérité de cette proposition, et en établissant clairement l'importance extrême qui s'attache à la pelvipéritonite, en raison de ses rapports avec les maladies des organes sexuels des femmes. Pour vous montrer que cette importance ne saurait guère être exagérée, je vous renvoie à l'ouvrage de Bernutz et à ceux d'Aran, de Courty, de Galiard et de Thomas. Je veux seulement ici attirer votre attention sur les origines et les terminaisons de la pelvipéritonite.

Il est certain que l'ovarite est une cause importante de pelvipéritonite, mais cette cause n'est pas la seule. Avec des ovaires parfaitement sains, nous trouvons souvent un état de pelvipéritonite dont l'intensité augmente à mesure que nous approchons de la trompe, atteinte elle-même d'inflammation aiguë. Ce conduit, en effet, a une pathologie qui lui est particulière et ne partage pas toujours celle de l'ovaire, comme on le croyait il y a vingt-cinq ans. On le considérait alors comme un simple tube, et bien que j'eusse à ma disposition quelques observations de maladies de la trompe, je ne comprenais pas leur importance. Depuis, les observateurs ont établi, d'une manière positive, l'intime connexion qui, dans un nombre considérable de cas, relie la pelvipéritonite à la salpingite, mais la nature de cette connexion n'a pas encore été découverte. C'est l'anneau qui manque dans la chaîne de la pathologie pelvienne, et j'essaierai d'y suppléer dans quelque prochaine occasion.

L'importance qu'il y aurait à débrouiller cette intrication pathologique a été comprise par un de nos distingués collègues

honoraires, le Dr Matthews Duncan, qui, dans son ouvrage sur la perimétrite et la paramétrite, en 1869, considère la métrite comme la cause principale de la pelvipéritonite. Cependant il n'apporte, à l'appui de son dire, ni observations ni arguments nouveaux. S'il entend par là que l'inflammation s'étend de l'utérus dans la trompe et se répand dans le péritoine, c'est une opinion qui a été soutenue, mainte et mainte fois, par Rokitanski, Bernutz et d'autres. S'il veut dire que le corps enflammé de l'utérus transmet l'inflammation à son enveloppe séreuse, son opinion ne sera partagée par aucun gynécologiste, sauf pour la période puerpérale.

Le Dr Duncan, pour appuyer son idée, affirme que l'endométrite est plus fréquente qu'on ne l'admet généralement. Il me semble, au contraire, que cette fréquence est un fait parfaitement admis, et pour ce qui me concerne, j'ai toujours soutenu cette thèse, particulièrement dans ma troisième édition (1862). Mais, parmi les nombreux cas d'endométrite chronique que j'ai minutieusement observés, je ne m'en rappelle pas un seul dans le cours duquel l'inflammation péri-utérine ait immobilisé l'utérus, sans qu'il y eût simultanément pour expliquer la péritonite, les signes irrécusables d'une maladie de l'ovaire.

Pour ce qui est des terminaisons de la pelvipéritonite on a trouvé depuis 1850 que les brides plus ou moins solides qui marquent la guérison des inflammations séreuses sont, dans certaines conditions, susceptibles de disparaître. Ainsi Bernutz a plusieurs fois constaté, dans les culs-de-sac du vagin, la résorption de fausses membranes cordiformes dont il avait auparavant reconnu l'existence.

Aran a trouvé les débris déchirés de ce qui avait dû être une bride et, suivant lui, Boivin avait exagéré l'influence des adhérences sur la production de l'avortement. Le Dr Matthews Duncan a bien montré que l'effort graduellement croissant de l'utérus gravide, est quelquefois assez puissant pour triompher des adhérences qui l'enveloppent, et ainsi se trouve justifié le précepte de Bernutz qui conseille la grossesse, comme un moyen de les faire disparaître. Sauf ces deux exceptions, nous sommes encore autorisés à considérer ces brides adventices

comme irrémédiables. A l'autopsie de vieilles femmes âgées de 70 ou 80 ans, mortes à la Salpêtrière, on a souvent trouvé l'utérus et les oviductes fixés à différentes parties du bassin, par des brides qui devaient exister depuis quarante ou cinquante ans.

Sans aller si loin, lisez les relations d'autopsie dans les ouvrages de Bernutz et d'Aran, et vous y verrez maintes fois, que la face postérieure de l'utérus adhérait si intimement au rectum que la matrice retombait immédiatement en rétroversion, quand, après avoir ramené l'organe à sa rectitude normale, on cessait de l'y maintenir.

La grande fréquence de la pelvipéritonite et l'incurabilité de ses conséquences ne sauraient être trop présentes à l'esprit des médecins qui font usage de la sonde utérine aussi habituellement que du spéculum ; et de ceux qui s'imaginent que l'indication la première et la plus pressante dans la thérapeutique des affections pelviennes, est de ramener l'utérus à sa forme normale et dans la position qu'il doit occuper. Or, cette condition n'est souvent pas nécessaire, quelquefois même, il est impossible de parvenir à la réaliser, et toute tentative, faite dans ce but, produit certainement plus de mal que de bien, quand elle n'entraîne pas un résultat fatal.

Proposition VII. — Du sang est fréquemment versé dans le péritoine par l'ovaire et les oviductes.

Après avoir mentionné des cas où il était évident que le sang trouvé dans le bassin, provenait d'une déchirure de la trompe ou de celle de l'ovaire, fortement congestionné ou enflammé, je terminais en disant : « Ne pourrait-on pas intérpréter de cette manière les tumeurs sanguines du bassin, pour lesquelles nous ne trouvons aucune autre explication? » Nous étions alors en 1850 et, à la même époque, des pathologistes français s'occupaient avec ardeur de la même question.

Aussi en 1853 étais-je en mesure d'écrire un chapitre sur l'hématocèle, à laquelle j'assignais, comme cause la plus fréquente, la rupture de l'ovaire enflammé ou congestionné. Bernutz n'a pas manqué de mentionner que j'avais émis cette

opinion avant que le professeur Laugier cherchât, en 1855, à établir de ces faits une théorie trop exclusive. Néanmoins, Bernutz, Nélaton, Aran, Bouget admettent que telle est bien la cause la plus fréquente de l'hématocèle, et vous en trouverez une observation admirablement rapportée par le Dr Madge dans le troisième volume de nos Transactions.

(Traduit de l'anglais, par le Dr Danlos). (A suivre).

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

SERVICE DE M. LE Dr BOURDON.

Cloisonnement transversal congénital du vagin. — Accouchement à terme, sans intervention chirurgicale.

Observation et réflexions par M. Delaunay,
Interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Le 19 mars, on reçoit, à la Charité, dans le service de M. le docteur Bourdon, la nommée Marie M..., qui entre à l'hôpital pour y accoucher.

Interrogée, la malade répond qu'elle pense être à terme vers la fin du mois. Elle raconte, en outre, qu'elle fut, il y a cinq semaines environ, prise de douleurs assez vives dans la région hypogastrique, et ces douleurs lui firent supposer que son accouchement était proche. Aussi, se rendit-elle immédiatement à la Maternité, où on l'admit dans le service de M. le docteur Tarnier, momentanément suppléé par M. le docteur Polaillon.

Elle y resta quinze jours ; ses douleurs se calmèrent un peu, mais ne cessèrent pas, néanmoins, complètement.

Voyant qu'elle n'accouchait point, ennuyée, d'ailleurs, de se voir chaque matin touchée par un nombre considérable de sages-femmes, la malade résolut de rentrer chez elle. Mais, comme c'était un cas intéressant et qu'il désirait suivre, autant que possible, jusqu'après l'accouchement, M. Polaillon offrit à notre malade de la prendre à l'hôpital Cochin, dans son propre

service, qu'il dirige conjointement avec celui de M. le docteur Tarnier.

Elle accepta et passa dix jours environ à l'hôpital Cochin. C'est alors qu'elle rentra chez elle, sur les conseils de M. Polaillon lui-même. Il craignait, pour elle, les dangers de la fièvre puerpérale, dont il venait de constater quelques cas dans son service. Du reste, il devait, quelques jours après, la recevoir de nouveau à la Maternité.

Huit jours plus tard, sur les conseils du docteur Chouppe qu'elle avait consulté, elle entra à la Charité, dans le service de M. le docteur Bourdon, où nous la voyons aujourd'hui.

Voici, maintenant, le résultat de l'interrogatoire et de l'examen de la malade, relativement à sa grossesse :

Cette femme, âgée de 24 ans, est enceinte pour la première fois. Grande, forte, d'une bonne santé habituelle, elle paraît bien conformée. Les règles, parues à 14 ans, sont toujours, depuis cette époque, venues régulièrement jusqu'au 15 juin de l'année dernière. La fonction menstruelle paraît n'avoir jamais été douloureuse. Ces renseignements nous permettent, par un calcul bien simple, de considérer notre malade comme à terme vers la fin du mois de mars.

Son ventre, du reste, présente un développement en tout conforme à celui qu'il doit avoir à cette époque ; le fond de l'utérus remonte à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la palpation abdominale laisse facilement percevoir les mouvements du fœtus, et l'auscultation nous montre le maximum des bruits du cœur, à gauche, en dehors et un peu au-dessous de l'ombilic.

Le toucher permet de constater une brièveté considérable du vagin, et c'est en cela que consiste tout l'intérêt qu'offre la malade. Le doigt se trouve arrêté, à 4 ou 5 centimètres au plus de l'orifice, par un obstacle assez résistant, et qu'un examen superficiel pourrait faire prendre pour l'extrémité supérieure du vagin. Mais on ne tarde pas à reconnaître que, si l'on a devant soi le fond de cet organe, il est au moins très-irrégulièrement conformé. Au lieu de la saillie plus ou moins conique du col utérin, au lieu des culs-de-sac qui le circonscrivent, on

ne trouve sous le doigt qu'une espèce de cloison légèrement concave inférieurement, en forme de dôme ou de diaphragme. Cette cloison peut, en effet, être fort justement comparée au diaphragme des instruments d'optique, car sa partie centrale offre un orifice arrondi, dans lequel la pulpe du doigt pénètre seule, et encore peu profondément.

Ainsi donc, absence bien manifeste du col utérin, absence des culs-de-sac vaginaux, brièveté considérable du vagin, telles sont les raisons qui font immédiatement soupçonner une conformation anormale soit du vagin, soit du col utérin et de l'utérus lui-même.

Mais en quoi consiste ce vice de conformation? Disons tout d'abord que l'obstacle semble fort mince et cède aisément sous le doigt. Il se laisse repousser en haut, et l'on arrive, de cette façon, assez facilement sur la tête de l'enfant, qui ne paraît séparée de l'extérieur que par une épaisseur de parties molles, relativement peu considérable, surtout en avant et en haut. La partie inférieure et postérieure, tout en présentant, comme la précédente, une faible consistance, semble un peu plus épaisse. Ainsi, que le doigt se porte en avant, en arrière ou sur les parties latérales, il lui est impossible de sentir au-delà de cet obstacle, si facilement dépressible, autre chose qu'un tissu mollasse qui le sépare de la tête, et dont l'épaisseur est peu variable.

Aucune trace du col utérin, régulièrement conformé, ne peut donc être perçue par le toucher vaginal.

On n'est pas plus heureux par le toucher rectal. La cloison recto-vaginale permet bien de sentir la présence du diaphragme et l'espèce de bourrelet induré qu'il forme à son insertion sur la paroi, mais, au-delà, nulle trace de col utérin. On y trouve, pourtant, des parties molles assez épaisses, mais, nous le répétons, rien par sa forme et sa consistance ne rappelle la forme et la consistance du col.

L'examen au spéculum n'apporte aucun renseignement propre à fixer le diagnostic d'une façon certaine. Néanmoins, il permet de constater que l'orifice central est à peu près régulièrement arrondi et d'un diamètre de 5 à 6 millimètres au plus. On voit, en outre, que les tissus qui contribuent à former la

cloison, offrent une teinte rosée dans toute leur étendue, sauf peut-être au pourtour de l'orifice une zone de quelques millimètres seulement, qui serait un peu plus pâle que le reste. La différence est d'ailleurs bien peu notable, et nous pouvons ajouter que la consistance des deux parties est exactement la même. Enfin, les parois vaginales semblent se continuer avec le diaphragme, de la même façon qu'elle le pourraient faire avec une cloison perpendiculairement insérée sur elles et n'interrompant en rien leur prolongement en arrière. Leur angle est en effet, croyons-nous, moins arrondi qu'il ne le serait si véritablement elles se terminaient en ce point, en se continuant directement avec le diaphragme lui-même.

En raison des précédentes considérations, et quoiqu'il fût impossible de sentir nettement le col utérin en arrière de l'obstacle, soit par le toucher vaginal, soit par le toucher rectal, le diagnostic porté fut celui de *diaphragme vaginal*, tout en faisant pourtant quelques réserves. On espérait, du reste, voir les derniers doutes disparaître au moment de l'accouchement.

Nous devons, maintenant, consigner ici quelques détails complémentaires. En raison de la brièveté du vagin on pouvait, *a priori*, supposer que les rapprochements sexuels devaient être douloureux, et c'est en effet ce que nous confirma la malade. En outre il restait à s'assurer si l'hymen normalement situé à l'orifice antérieur du vagin avait existé. Interrogée sous ce rapport, avec toute la discrétion possible, la malade nous déclara n'avoir éprouvé qu'une douleur modérée lors de son premier coït; elle n'avait point non plus perçu cette sensation de déchirure qui accompagne la rupture de l'hymen, et c'est à peine si elle avait ensuite perdu quelques gouttes de sang. Ces renseignements étant insuffisants pour fixer les idées sur l'existence ou la non-existence de l'hymen, on dut recourir à un examen direct pour en retrouver les traces. Il fut concluant. On retrouva facilement de chaque côté de l'orifice vulvaire les caroncules myrtiformes, qui, pour la plupart, des auteurs sont une preuve irrécusable de la préexistence de l'hymen.

Ces observations faites, nous revenons à notre diagnostic. Il avait été porté déjà, dans les mêmes termes, par MM. les doc-

teurs Chantreuil et Polaillon, qui, à diverses reprises, avaient examiné la malade avec le plus grand soin. En résumé, tous les médecins et chirurgiens qui l'avaient vue, avant son entrée à la Charité et pendant les premiers jours qu'elle y passa, furent d'un avis unanime : tous conclurent à l'existence d'un diaphragme vaginal.

Le 22 mars, MM. Depaul et Guéniot, venus dans nos salles à l'occasion d'un cinquième examen de doctorat, l'examinèrent à leur tour, et portèrent un diagnostic bien différent de celui qui avait été précédemment émis.

M. Depaul ne vit, dans ce qu'on avait pris pour un diaphragme, qu'une absence de portion vaginale du col utérin, avec brièveté congénitale du vagin, anomalie observée par un certain nombre d'auteurs, et dont il a, lui-même, cité quelques cas dans sa clinique obstétricale. Il se fondait, pour établir cette proposition, et sur le peu d'épaisseur des parties molles qui séparaient le doigt de la tête de l'enfant, et sur les résultats négatifs du toucher rectal et vaginal relativement à la position du col utérin.

Celui-ci, en effet, ne pouvait être perçu en arrière de la cloison, quoiqu'il y fût bien réellement, ainsi que nous le verrons bientôt.

M. Guéniot, après avoir touché et examiné la malade au spéculum avec beaucoup de soin, se rangea à l'opinion précédemment émise par M. Depaul, non sans faire néanmoins de grandes réserves, que la suite devait amplement justifier.

Il existait bien un moyen, ainsi que le disait M Guéniot lui-même, de s'assurer s'il y avait oui ou non un diaphragme vaginal, c'était le cathétérisme ; mais il était trop dangereux pour qu'on pût se permettre de l'employer. On pouvait, en effet, percer la poche des eaux, provoquer un accouchemrent pématuré et peut-être même la mort de l'enfant. Il eût donc été souverainement imprudent d'en faire usage.

Le 25 mars, trois jours après l'examen fait par M. Depaul, un des internes de la Maternité vint voir la malade, la toucha longuement, et, remarquant que l'orifice central se laissait un peu dilater par l'extrémité de son index, il conçut le projet de

pénétrer plus profondément. Introduisant son petit doigt dans le vagin, il parvint à faire pénétrer par l'orifice, non sans causer toutefois d'assez vives douleurs à la malade, la phalange onguéale tout entière. Il put, de la sorte, sentir en arrière, une espèce de bourrelet rugueux, qu'il regarda comme la lèvre antérieure du col.

Cet examen, qui n'eut aucun résultat fâcheux, aurait pu devenir fort dangereux si véritablement l'orifice qu'on trouvait eût été l'orifice du col. Le doigt serait, en effet, tombé directement sur les membranes qu'il eût pu déchirer.

Enfin, le 28 mars, trois jours plus tard, M. le docteur Polaillon vint à son tour voir son ancienne malade, qu'il avait perdue de vue depuis sa sortie de l'hôpital Cochin. Son interne l'avait averti qu'elle se trouvait, en ce moment, dans l'un des services de la Charité.

Il pratiqua un nouvel examen et parvint cette fois à faire pénétrer son index par l'orifice déjà dilaté, et cela, sans faire souffrir la malade. La première phalange pouvait, au-delà de l'obstacle, se recourber en crochet et parcourir la face postérieure du diaphragme, qui ainsi divisait bien la cavité vaginale en deux parties : l'une inférieure, l'autre supérieure. On pouvait sentir, plus haut, le col utérin lui-même, peu épais, ramolli, et constater que le doigt se trouvait séparé de la tête de l'enfant par une épaisseur de parties molles bien supérieure à celle des membranes. Enfin, il était possible de s'assurer en même temps, que la membrane qui sectionnait ainsi la cavité vaginale, ne dépassait pas en épaisseur un millimètre à un millimètre et demi. Elle ne parut pas susceptible de troubler, en quoi que ce soit, le travail normal de l'accouchement, et cette considération fit écarter toute idée d'intervention chirurgicale.

Nous devons dire pourtant que, si le doigt trouvait et reconnaissait facilement le col utérin au-delà du diaphragme, celui-ci ne se présentait pas tout à fait avec son aspect ordinaire. Il était peu apparent, aminci, mollasse, un peu irrégulier; du reste, la malade allait bientôt accoucher, et normalement le col devait être déjà en grande partie effacé. Le doigt

ne pouvait non plus le circonscrire avec autant de facilité qu'il eût pu le faire en l'absence du diaphragme qui gênait considérablement les recherches.

La malade fut, de nouveau, touchée le 29, et l'orifice ne se montra pas plus dilaté qu'il ne l'était la veille. Cependant les douleurs que la malade ressentait depuis longtemps dans la région hypogastrique s'accentuaient peu à peu, et tout faisait présumer un accouchement prochain.

En effet, dans la nuit du 29 au 30, le travail commença; vers deux heures du matin, pour se terminer à sept heures. L'accouchement se fit très-naturellement et sans aucune intervention chirurgicale. Ainsi que l'avaient pensé tous ceux qui avaient diagnostiqué la présence d'un diaphragme vaginal, ce diaphragme s'était déchiré de lui-même, et n'avait apporté aucun obstacle à l'accouchement. Le travail ne paraît pas, du reste, avoir été notablement plus douloureux qu'il ne l'est d'ordinaire, chez une primipare. Interrogée sous ce rapport, la malade répond avoir éprouvé une douleur vive et rapide en même temps qu'une sensation de déchirure assez étendue. Les organes génitaux externes sont d'ailleurs complètement intacts, ainsi que le périnée.

Les douleurs après l'accouchement furent très-modérées, et les suites on ne peut plus normales.

Quatre jours plus tard, M. Bourdon toucha la malade et retrouva facilement les traces de la cloison qui avait, auparavant, fermé transversalement la cavité vaginale. A un premier examen, assez superficiel du reste, on put croire même que le diaphragme n'avait subi aucune déchirure, qu'il s'était simplement dilaté, sans se rompre, pour livrer passage à l'enfant. Mais il n'en était rien. Huit jours après l'accouchement, quand la malade voulut quitter l'hôpital pour rentrer chez elle, nous dûmes procéder à un examen plus complet, afin de ne rien avancer qui ne fût l'expression exacte de la vérité. Cet examen avait été, autant que possible, retardé, pour permettre aux organes de reprendre un peu leur aspect et leur conformation ordinaires.

Le doigt arriva facilement sur le col, en partie déjà reconsti-

tué, entr'ouvert, et n'offrant du reste rien d'extraordinaire. En avant de lui, à un ou deux centimètres, se trouvaient les débris membraneux du diaphragme vaginal, aisément reconnaissables au toucher. Il avait été déchiré en plusieurs points, notamment en avant, en arrière et à gauche; à droite, il formait encore une espèce de valvule semi-lunaire, qu'on pouvait à volonté renverser en haut ou en bas, et ce repli membraneux, assez étendu pourrait, avec quelque justesse, être comparé aux valvules conniventes de l'intestin grêle.

Nous avons déjà dit que les suites de couches se passèrent de la façon la plus normale, tant que la malade resta à l'hôpital; nous pouvons ajouter que depuis, rien de fâcheux n'est survenu. Dernièrement, en effet, un de nos amis l'a rencontrée et a pu remarquer qu'elle offrait les apparences de la plus parfaite santé.

Réflexions. — Les observations de cloison transversale et congénitale du vagin sont relativement peu nombreuses dans la science.

Mon ancien maître, M. le professeur Lefort, dans sa thèse d'agrégation *sur les vices de conformation de l'utérus et du vagin*, en cite seulement quelques cas, dont les plus remarquables sont ceux de Danyau et de Jarjavay.

Celui de Danyau, rapporté dans le dixième volume de la troisième série des *Archives de médecine*, se rapproche davantage du nôtre. La cloison n'offrait en effet qu'un orifice central, mais cet orifice était très-large, tellement large même, qu'il y avait un prolapsus, et que le col utérin avait pu s'engager par cette ouverture. De plus, le diaphragme paraît avoir présenté une épaisseur beaucoup plus considérable que chez notre malade, puisque, au moment de l'accouchement, les efforts d'expulsion ne purent en amener la rupture; aussi le chirurgien fut-il obligé d'intervenir, pendant le travail, pour débrider à l'aide d'un bistouri boutonné.

La cloison observée par Jarjavay présentait deux orifices situés sur le trajet d'une même ligne transversale (1). Ce cas offre,

(1) *Le Progrès*, 1859.

du reste, la plus grande analogie avec un autre que nous ne pouvons nous empêcher de citer un peu plus longuement, et qui a été recueilli, en 1865, par M. Chantreuil dans le service de M. Trélat à la Maternité (1).

Dans ce cas, comme dans celui de Jarjavay, le diaphragme était percé de deux orifices, également disposés aux extrémités d'un diamètre transversal. Ces deux cas diffèrent donc du nôtre par le nombre et la disposition des orifices. Ils en diffèrent encore. par la facilité avec laquelle on pouvait sentir le col utérin en arrière de la cloison. Aussi le diagnostic ne pouvait-il être douteux.

Chez ces deux malades, les chirurgiens crurent devoir faire la section du diaphragme, en incisant, couche par couche, les tissus compris entre les deux ouvertures.

Cette opération fut sans aucune gravité chez la malade de Jarjavay, qui, du reste, n'était pas enceinte.

En fut-il de même chez celle de M. le professeur Trélat? C'est possible, mais il est difficile de le dire. Cette malade était enceinte de huit mois environ, et l'on craignit que la cloison qui paraissait assez résistante ne fût un obstacle sérieux à l'accouchement. Malgré la plaie presque insignifiante qui fut le résultat de l'opération, deux ou trois jours après, quelques frissons survinrent, puis la fièvre, et, malgré tous les soins qui furent prodigués à la malade, l'accouchement se fit avant terme. Mais ce n'est pas tout, des symptômes sérieux de péritonite se déclarèrent bientôt; cependant ils finirent par s'améliorer, et la malade sembla guérie pendant quelques jours. Malheureusement les symptômes de péritonite reparurent, et, cette fois, entraînèrent la mort vers le trentième jour après l'accouchement.

Cette issue funeste paraît due, d'après M. Trélat, plutôt au mauvais état sanitaire qui existait alors dans les salles de la Maternité qu'à la légère opération qu'il avait pratiquée, opération d'ailleurs si peu grave en elle-même.

Il est probable, en effet, que cette opération n'a pas causé la

(1) *Gazette médicale*, 1866.

mort de la femme, mais il paraît certain qu'elle a déterminé l'accouchement prématuré et c'est déjà une chose regrettable.

Quoi qu'il en soit, dans l'observation que nous avons rapportée, on crut devoir, vu le peu d'épaisseur des tissus qui formaient la cloison, laisser à la nature le soin de la briser elle-même, au moment de l'accouchement, et l'on a pu voir que le résultat avait été aussi heureux que possible. Ce n'est pas à dire, sans doute, qu'en pareille occurrence il faille toujours en faire autant, car c'est là, croyons-nous, l'un de ces cas qui doivent être laissés à l'appréciation du chirurgien, sans qu'aucune règle fixe puisse être posée. Pourtant, nous pensons que, dans les cas où le débridement paraît nécessaire, il est toujours bon d'attendre pour intervenir le moment même de l'accouchement, comme le fit Danyau, comme nous l'aurions fait si le diaphragme vaginal avait apporté le moindre obstacle sérieux à l'expulsion de l'enfant.

Si l'on agit trop tôt on s'expose à provoquer un accouchement prématuré, comme cela paraît s'être présenté dans le cas rapporté par M. Chantreuil et cité plus haut.

Avant de terminer, nous voulons dire quelques mots encore sur les difficultés du diagnostic dans certains cas de cloison transversale du vagin, et particulièrement dans celui que nous avons rapporté. Dans la plupart des observations qui ont été publiées, il était possible, il était même facile de sentir le col en arrière de la cloison. Dans le cas que nous avons observé et décrit, c'était au contraire absolument impossible, tellement impossible même que des chirurgiens éminents ont cru rencontrer sous le doigt le fond du vagin, mais avec absence de la portion vaginale du col utérin.

La cloison n'offrait pas cependant l'inégale densité de tissu qu'on retrouve alors sur le fond du vagin. La partie centrale, celle qui circonscrit l'orifice, est en effet plus résistante et se laisse difficilement déprimer, formée qu'elle est de tissu compacte et appuyée directement sur le corps utérin. La portion périphérique, au contraire, qui dans ce cas simule, ou plutôt tient la place des culs-de-sac, cède aisément sous le doigt. Chez notre malade il y avait, nous le répétons, égale densité des par-

ties constituantes de la cloison, et, de plus, cette cloison paraissait jouir d'une mobilité relative et parfaitement indépendante, tandis que, dans le cas d'absence congénitale du col, le fond du vagin ne peut se mouvoir isolément et se laisser refouler en haut sans que le corps se trouve en même temps repoussé ou vienne par son poids s'opposer à ce mouvement. En outre, le spéculum permet de constater une différence de coloration fort notable, entre les tissus du col et ceux des parois vaginales qui viennent s'y insérer. Or cette différence était à peine appréciable chez notre malade et se voyait du reste dans une étendue si peu considérable qu'il était impossible de la considérer comme appartenant à l'extrémité inférieure et tronquée du col utérin. Enfin, nous avons vu, dans notre observation, que les parois vaginales se continuaient, avec la cloison, de façon à former en quelque sorte avec elles un angle droit ; dans le cas d'absence de portion vaginale du col, au contraire, ces mêmes parois viennent en général s'insérer sur son extrémité en décrivant une sorte de cul-de-sac hémisphérique, offrant des angles arrondis, effacés, et dont l'orifice utérin forme le sommet.

Quelle que fût l'importance de pareilles considérations, il était difficile de se prononcer d'une façon absolument certaine, pour l'une ou l'autre opinion, avant le moment où la dilatation de l'orifice vint permettre de pénétrer jusqu'au delà du diaphragme. Mais, à partir de cet instant, le diagnostic ne pouvait plus être douteux pour personne. Il était évident que nous nous trouvions en présence d'une cloison vaginale qui n'avait point empêché la fécondation de s'accomplir et qui, très-probablement, vu sa minceur, n'allait point non plus apporter d'obstacle sérieux à l'accouchement.

Telles sont les quelques réflexions que nous voulions présenter à la suite de cette observation. Nous avons cru devoir la rapporter tout au long, car elle nous a paru offrir un double intérêt: le cloisonnement transversal et congénital du vagin d'une part; de l'autre, la possibilité d'une erreur de diagnostic, contre laquelle il est toujours bon d'être prévenu.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Sur un cas d'ovulation chez une phthisique, malgré la suppression prolongée de la menstruation, par M. le Dr DE SINETY.

L'opinion que l'évolution des follicules de de Graaf, et l'expulsion de l'ovule, peuvent se faire indépendamment de la menstruation, a été adoptée par un grand nombre de physiologistes.

Dans un travail publié il y a peu de jours dans les *Archives de physiologie*, par M. Slavjanski de Saint-Pétersbourg, cet observateur se déclare formellement en faveur de cette interprétation. Plusieurs faits de femmes devenues enceintes sans jamais avoir été réglées, ont été relatés depuis longtemps; mais les cas constatés avec autopsie sont encore assez rares, pour que j'aie cru intéressant de présenter celui-ci à la Société.

La femme qui fait le sujet de cette communication est morte de phthisie dans le service de M. Empis, à l'hôpital de la Charité, et c'est à l'obligeance de M. Pasturand, interne des hôpitaux, que je dois les renseignements sur cette malade, renseignements que je résumerai en quelques mots.

Agée de 17 ans, ses règles s'étaient supprimées depuis cinq mois. A l'autopsie, lésions avancées des deux poumons, pas de péritonite.

L'utérus est petit, normal et vierge. Les trompes sont très-augmentées de volume, l'une des deux est assez dilatée pour permettre l'introduction du petit doigt. Elles contiennent toutes deux du pus épais, et l'on voit sur des coupes, après durcissement, que l'épithélium est dégénéré et devenu granulo-graisseux.

Les ovaires ont leurs dimensions normales. Sur l'un des deux, on constate une cicatrice récente résultant de la rupture d'un follicule. Sa cavité mesure 6 millimètres de diamètre. On trouve à l'intérieur un caillot brun-rouge se détachant facilement à l'examen; à l'état frais, on voit des cellules épithéliales, de nombreuses granulations et des cristaux d'hématoïdine.

Sur des coupes faites après durcissement, on voit que c'est bien un follicule de de Graaf récemment rompu.

On trouve, en outre, dans l'ovaire un grand nombre de follicules primordiaux, ainsi que beaucoup de productions décrites par Slavjanski comme des follicules à diverses périodes de ce qu'il a appelé

l'état d'atrésie. Du reste, on ne rencontre dans l'ovaire ni tubercules, ni autres lésions.

Voilà donc un cas où, chez une jeune fille, d'abord bien réglée, mais chez laquelle les règles manquaient depuis cinq mois, un follicule de de Graaf a accompli son évolution normale et a expulsé son ovule.

Ces deux fonctions, l'ovulation et la menstruation, qui ont de si grands rapports entre elles, qu'on les a longtemps considérées comme nécessairement unies l'une à l'autre, peuvent donc, dans certains cas, s'exercer séparément. (Séance du 25 avril 1874, *Gazette méd.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Tumeur congénitale de la voûte palatine, *par* G. Clérault, *externe des hôpitaux.*— Madame X..., de Lignières (Cher), âgée de 28 ans, rachitique, contrefaite, accoucha à terme dans la nuit du 7 au 8 mars 1874. Le travail avait commencé le 7 à huit heures du matin. A sept heures du soir, les contractions utérines avaient cessé. Remplaçant alors mon père, je fus appelé à quatre heures du matin par la sage-femme qui assistait à l'accouchement. J'ai pu constater une présentation mento-pubienne et un rétrécissement du bassin (8 cent 5). La tête n'avait pas dépassé de détroit supérieur. La vessie et le rectum sont vidés; application de forceps assez laborieuse, assez douloureuse même (étant seul, je n'avais pu faire administrer de chloroforme).

Après vingt minutes de tractions environ, la tête apparaît à la vulve, l'accouchement fut alors terminé rapidement, mais l'enfant vint asphyxié; il est placé dans un bain de moutarde, et après une demi-d'insufflation, de flagellation et de respiration artificielle, il commença à respirer, mais avec une certaine difficulté, due probablement à la présence dans la bouche d'une tumeur prise au premier abord pour la langue dont elle avait la couleur et la consistance; elle est cependant plus épaisse et l'extrémité antérieure fait saillie entre les lèvres qu'elle écarte.

En examinant plus attentivement, j'ai pu me convaincre que c'était, non pas la langue, mais une véritable production pathologique adhérant à la partie moyenne de la voûte palatine par un pédicule oblique de haut en bas et d'arrière en avant.

En soulevant la tumeur, on aperçoit le voile du palais divisé dans sa partie postérieure et sur la ligne médiane, mais il faut remarquer que la division n'arrive pas jusqu'au pédicule. Au niveau de l'insertion de ce pédicule, on sent une inégalité, une sorte de gouttière, due sans doute à un arrêt de développement de la voûte palatine, mais il n'existe ni communication avec les fosses nasales, ni traces de division de l'os incisif ou des lèvres.

Au-dessous de cette tumeur, on aperçoit la langue adhérente par toute sa face inférieure au plancher de la bouche. A la face supérieure de la langue existe une sorte de tubercule arrondi, de la grosseur d'une petite noisette et venant s'appliquer en arrière de la tumeur.

Les deux lèvres étaient également adhérentes à la muqueuse gingivale, et d'une façon assez intime pour que leur décollement et celui de la langue exigeât à plusieurs reprises une véritable dissection avec le bistouri. La cicatrisation se fit d'ailleurs rapidement et sans qu'aucune pièce de pansement ait été interposée entre les lèvres et la gencive.

A part ces difformités du côté de la bouche, l'enfant est parfaitement constitué. Depuis quelques mois, le père est atteint d'une tumeur blanche du genou, c'est le seul antécédent fâcheux que j'aie pu trouver dans la famille.

Cet enfant ne pouvant ni prendre le sein, ni boire, il était urgent de le débarrasser de cette tumeur, qui obstruait la bouche et de procéder au décollement de la langue et des lèvres.

Je cherche à saisir le pédicule de la tumeur avec une anse métallique, mais l'obliquité même de ce pédicule fait glisser le fil à plusieurs reprises. Je me décide alors à faire la section avec le bistouri; la tumeur saisie avec une érigne, le pédicule est sectionné assez facilement au ras de la voûte palatine, il n'y a pas d'hémorrhagie.

Après l'ablation, on remarque une dépression assez légère entre les deux moitiés de la voûte, mais il n'existe, je le répète, aucune communication avec les fosses nasales.

La cicatrisation fut rapide et ne présenta rien de particulier.

Aujourd'hui la langue et les lèvres sont parfaitement mobiles, l'enfant peut prendre le sein; mais n'existera-t-il pas plus tard un certain embarras dans la parole?

Description de la tumeur. Elle est bilobée dans sa partie inférieure, rosée, couverte de poils soyeux, beaucoup plus développés sur le lobe gauche. Aplatie d'avant en arrière, ayant à peu près 1 cent. 5 d'épaisseur, 6 cent. de largeur et autant de hauteur, le pédicule a la même épaisseur et entre au moins pour 2 cent. dans la hauteur; le plus grand diamètre est placé transversalement dans la bouche, la direction générale est oblique d'arrière en avant et de haut en bas, le pédicule étant inséré sur la voûte palatine, et la partie antérieure de la tumeur faisant saillie par la bouche entr'ouverte.

Comme consistance, elle est molle dans toute son étendue; sur le côté droit du pédicule, on voit un appendice charnu, de la grosseur d'une plume d'oie, et d'une longueur de 2 cent. à peu près; il paraît recouvert d'une muqueuse analogue à la muqueuse buccale, dont il a la couleur.

Sur une coupe faite transversalement suivant le grand diamètre,

on constate que cette tumeur est constituée par un tissu cellulaire contenant de la graisse en abondance. Au centre du pédicule, on aperçoit un gros faisceau fibreux, rougeâtre dont les fibres se dissocient et s'en vont en divergeant vers toute la périphérie de la tumeur jusqu'où l'on peut les suivre sous forme de stries très-fines. A la surface, on voit la section d'une membrane tout à fait analogue à la peau, mais beaucoup plus mince. Au centre on aperçoit un gros vaisseau.

A l'examen histologique, on reconnaît que la superficie de la tumeur est formée par une enveloppe qui a tous les caractères de la peau; on y rencontre un épiderme asssez mince, la couche muqueuse de Malpighi existe à peine, il y a absence complète des papilles vasculaires ou nerveuses. Au-dessous se trouvent de petits poils avec des glandes sébacées volumineuses qui leur sont annexées.

Le derme est formé de faisceaux assez épais, entrecroisés dans tous les sens.

La masse de la tumeur est formée d'un tissu cellulo-adipeux absolument semblable au tissu cellulaire sous-cutané, c'est-à-dire qu'il est composé comme lui de globules adipeux circonscrits par des travées fibreuses:

Le faisceau fibreux central qui s'épanouit en stries divergentes, vers la périphérie, est formé de faisceaux de fibres musculaires *striées*. Sur des coupes parallèles à ces fibres, on reconnaît que ces faisceaux sont peu distincts les uns des autres et ne sont pas séparés par une enveloppe (périmysium) conjonctive bien distincte.

Les fibres elles-mêmes sont volumineuses et pourvues de stries caractéristiques. Sur des coupes transversales, la diffusion de faisceaux s'accuse encore davantage. On peut suivre les fibres musculaires jusqu'au voisinage du derme, où on les perd complètement.

Le petit appendice charnu est absolument semblable à un polype fibro-muqueux. Son centre est formé de faisceaux de tissu conjonctif lâche, et à la surface existe une muqueuse semblable à la muqueuse buccale. Il renferme, en outre, de nombreux vaisseaux.

Conclusions. — Cette tumeur paraît intéressante à un double point de vue : au point de vue pratique et opératoire, à cause de sa forme, des difficultés que présentait l'ablation, du siége extraordinaire qu'elle occupait, et enfin au point de vue de sa structure.

Nous avons insisté dans l'observation sur l'urgence de l'opération et les difficultés qu'elle a présentées. D'un autre côté, il est assez singulier de voir une tumeur cutanée se développer sur la partie moyenne de la voûte palatine et surtout de trouver dans son centre un gros faisceau de fibres musculaires *striées*, dont l'anatomie normale ne nous a jamais signalé la présence dans cette partie de la voûte palatine.

Cette tumeur provenait-elle en avant de l'os incisif? C'est peu pro-

bable, puisque celui-ci existait, et que la partie antérieure de la bou- était bien conformée.

Serait ce une tumeur venue des fosses nasales et étranglée à sa base par le rapprochement et la soudure des deux parties de la voûte palatine? Nous ne voyons pas quelle partie des fosses nasales pourrait donner lieu à la formation d'une tumeur, revêtue d'un feuillet cutané, et renfermant dans son centre des fibres striées.

Une troisième hypothèse se présente à l'esprit. Cette tumeur aurait-elle eu son origine dans le voile du palais? Il est vrai qu'on y trouve des fibres musculaires striées, mais comment expliquer la présence de la peau qui recouvre la tumeur? Et d'ailleurs le pédicule naissait de la voûte palatine beaucoup plus en avant, et était séparé du voile du palais, par une portion de la voûte, à un centimètre de longueur environ.

Nous avons recherché dans les auteurs s'il existait dans la science des faits pathologiques semblables, nous n'en avons pas trouvé.

En tout cas, c'est là un fait bon à conserver qui pourra plus tard être utile aux observateurs, et l'on découvrira peut-être le mode de formation de ces tumeurs. (*Séance du 1er mai 1874.*)

Kyste de l'ovaire. — Ponction suivie de mort 54 heures après. — Observation recueillie par M. A. Boissier, interne des hôpitaux.

La nommée Juliette L..., blanchisseuse, âgée de 25 ans, entre à l'hôpital des Cliniques dans le service de M. le professeur Broca, au commencement de mai 1874. Bons antécédents. Menstruation régulière. Pas de grossesse. Début il y a quatre ans d'une tumeur abdominale, primitivement limitée à la fosse iliaque, ayant fait rapidement de grands progrès; jamais de douleurs vives, mais, dans les derniers temps, la gêne causée par la tumeur était devenue considérable et se faisait ressentir dans les fonctions digestives et respiratoires. La marche devenait difficile, le moindre travail fatigant. La malade maigrissait.

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital. — La tumeur occupe tout le ventre, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, et latéralement les fosses iliaques, les flancs et la plus grande partie des hypochondres. Les anses intestinales sont refoulées, bien haut, sous les côtes. La palpation et les chocs légers donnent la sensation de fluctuation; le flot se transmet à une grande distance, sauf dans un point au-dessus de la fosse iliaque gauche, dans une étendue de 8 à 10 centimètres. L'ensemble de ces signes fait diagnostiquer un kyste de l'ovaire gauche, probablement multiloculaire, mais avec poche prédominante, d'où l'indication de la ponction.

Cette opération est pratiquée dix jours après l'entrée de la malade, car pendant la première semaine, les règles sont venues abondantes,

avec douleur et malaise général. M. Broca fait la ponction le mardi 12 mai, à droite, au lieu d'élection, avec un trocart ordinaire. On retire douze litres d'un liquide épais, visqueux, couleur chocolat; vers la fin de l'opération, ce liquide est adhérent au fond du vase et présente des grumeaux en assez grande quantité. L'analyse qui en est faite. indique dans sa composition, la présence de l'albumine et de la paralbumine. C'est à cette dernière qu'est due, en grande partie, la viscosité et l'état grumeleux du liquide.

A la fin de l'évacuation, le liquide très-épais ne coulait plus que difficilement; M. Broca fait alors une injection d'eau tiède (200 gr. environ) pour nettoyer le fond de la poche, ce qui permet de retirer encore environ 500 grammes de liquide. (Cette injection est faite après toutes les précautions prises pour empêcher l'entrée de l'air dans le kyste.) Cela fait, toute la tumeur a disparu; le ventre est revenu à son volume normal; il ne reste plus qu'une partie dure dans la fosse iliaque gauche, sur la présence de laquelle on s'était fondé pour dire que le kyste était multiloculaire.

Vingt-quatre heures après la ponction, la malade est prise de nausées, de douleurs dans le ventre; elle accuse une grande chaleur, une soif vive; le pouls est fréquent, mais non déprimé. Insomnie la nuit, à cause de la très-grande fréquence des nausées. Les matières vomies sont glaireuses, teintées en brun foncé. Le lendemain, le ventre est météorisé; les vomissements continuent; la face est altérée, mais les traits ne sont pas grippés comme dans la péritonite; les téguments sont décolorés; le pouls, toujours très-fréquent, n'est pas déprimé comme dans la péritonite; il est, au contraire, très-fort. Application de cataplasmes glacés, glace à l'intérieur.

Le surlendemain, l'état de la malade est désespéré; les traits sont décomposés, le pouls bat 150 fois par minute; la langue est fuligineuse; il y a encore quelques nausées; le ventre a exactement le même volume et la même forme qu'avant l'opération; la malade n'a plus la force de se remuer; la respiration est des plus difficiles. La mort survient à cinq heures du soir sans agitation, sans convulsion, cinquante-quatre heures après la ponction. On croyait à un épanchement de liquide dans le péritoine par suite du retrait de la poche; on supposait que ce liquide avait provoqué une péritonite, bien qu'il manquât plusieurs caractères de cette affection, savoir : la douleur à la pression, l'altération des traits et la dépression du pouls.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Une petite ouverture faite à la paroi abdominale laisse échapper des gaz à odeur infecte. Après avoir reconnu que ce gaz ne vient ni de l'intestin, ni du péritoine, mais de la poche, M. Broca insuffle le kyste et en dissèque les parois. Cette dissection dure une demi-heure; les diverses couches de la paroi abdominale antérieure confondues

en plusieurs points où elles adhèrent à la tumeur, sont étudiées avec soin; la séreuse péritonéale fait complètement défaut sur tous ces points, depuis l'appendice xiphoïde jusqu'au pubis, et dans toute l'étendue du diamètre transverse.

En haut, au niveau du côlon transverse refoulé profondément sous les côtes avec toute la masse intestinale, on voit une cloison antéro-postérieure formée par la séreuse; c'est là que commence seulement la cavité péritonéale; on y trouve des traces de péritonite ancienne localisée, avec adhérences en plusieurs points aux parois du kyste, qui présentent aussi là des parties anciennement enflammées.

Quand on pénètre dans la cavité du péritoine, on remarque à droite et en haut, vers l'arc du côlon, des marbrures rougeâtres sur les parois des intestins; on trouve aussi deux ou trois cuillerées d'un liquide séro-sanguinolent. Ce sont là des traces de péritonite récente très-circonscrite; mais on ne découvre pas la moindre fausse membrane.

A quoi attribuer cette péritonite, puisque la ponction a été pratiquée dans un point où la séreuse n'existait pas, à 20 centimètres au moins de la partie la plus voisine du péritoine, et puisque les parois du kyste ne présentent que des traces d'inflammation ancienne? La tumeur n'a de connexions avec le péritoine, que par sa face postérieure et ses côtés. Elle est distendue par une grande quantité de gaz et contient encore un demi-litre environ de liquide, en tout semblable à celui qui a été retiré vers la fin de la ponction. La face interne du kyste présente des anfractuosités et des cloisons incomplètes, d'où l'existence de plusieurs poches communiquant largement entre elles; l'une d'elles est bien plus développée que toutes les autres.

L'ovaire gauche offre l'aspect d'un ovaire à kystes multiloculaires au début; c'est une masse aréolaire, anfractueuse, de 12 à 15 centimètres de long, très-épaisse, présentant plusieurs bosselures élastiques, rénitentes, d'où la ponction fait sortir un liquide tremblottant, gélatineux.

Réflexions. — La malade a présenté certains signes de péritonite (nausées, vomissements), que peuvent expliquer les lésions trouvées du côté de la séreuse; mais celles-ci ne sont pas suffisantes pour expliquer une mort si rapide. Il faut donc chercher ailleurs la cause de celle-ci. Ne la trouverait-on pas dans cette pneumatose si rapidement développée, et dans de si grandes proportions? Dans la putridité des gaz épanchés? Si donc nous écartons la péritonite, la plupart de ses signes caractéristiques ayant fait défaut, il est permis de croire qu'une pneumatose inflammatoire, bientôt devenue putride, a fait succomber la malade, l'économie tout entière ayant été infectée. Maintenant comment s'est produite cette pneumatose? Quels ont été les agents de l'infection? Comme nous l'avons déjà dit, il restait dans la poche kystique environ un demi-litre de liquide chocolat, très-épais, ren-

fermant de nombreux grumeaux. Ce liquide s'est trouvé mélangé aux gaz dont la plus grande partie a été très-certainement fournie pas le sang. Ne pourrait-on voir dans ce mélange où l'oxygène du sang entre pour une bonne part, la cause de la putréfaction? Il est permis de le supposer en songeant aux altérations rapides des matières organiques en présence de l'oxygène de l'air. (*Séance du 22 mai* 1874.)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

De l'emploi du chloral dans les accouchements prématurés. — M. Martineau, après avoir rappelé l'intéressante communication faite l'année dernière par M. Bourdon sur les heureux résultats qu'on retire de l'emploi du chloral dans les douleurs excessives, et pendant l'accouchement, communique à la Société les deux faits suivants :

L'année dernière, à l'Hôtel-Dieu, une malade, enceinte de sept mois, était entrée pour une fièvre intermittente ; sous l'influence du sulfate de quinine ou de la fièvre, survinrent des coliques, signes précurseurs de l'accouchement. L'emploi du laudanum de Sydenham en lavement ne donna aucun résultat. M. Martineau prescrivit plusieurs lavements au chloral, et il eut la satisfaction de voir cesser les douleurs et les contractions utérines. La grossesse suivit son cours normal.

M. Martineau vient, de nouveau, d'être témoin d'un fait analogue, et où l'action du chloral a été des plus manifestes. Il s'agit d'une jeune femme âgée de 19 ans, enceinte de quatre mois et demi.

Le 15 mars, s'étant exposée au froid, cette dame eut un violent frisson, et le 16 mars, M. Martineau constatait l'existance d'une pleuropneumonie du côté droit ; la fièvre était excessive, l'oppression très-intense. On applique 20 ventouses scarifiées sur le côté malade, afin d'avoir 200 grammes de sang, et l'on administre la potion suivante:

Kermès.	0 gr. 30
Poudre d'ipéca.	0 03
Sirop d'ipéca.	30 »

Le 17, même état, même traitement (ventouses scarifiées et potion), vésicatoire sur le côté malade.

Dans la nuit du 17 au 18 mars, à une heure du matin, la malade fut prise de coliques utérines et lombaires ; M. Martineau, appelé, constata l'imminence d'une fausse-couche. Les douleurs étaient très-violentes, très-rapprochés, un écoulement sanguinolent se faisait par la vulve ; il prescrivit un lavement ainsi composé :

Eau.	125 grammes.
Hydrate de chloral	1 —

A huit heures du matin, les douleurs sont moins rapprochées,

moins intenses, l'écoulement sanguin persiste.; deuxième lavement au chloral (même formule). A midi, quelques douleurs lombaires; de temps à autre, l'écoulement sanguinolent est presque nul; troisième lavement. A six heures du soir, les douleurs ont complètement cessé, l'écoulement sanguinolent n'a plus lieu; quatrième lavement au chloral.

Le 18. La nuit a été calme, la pneumonie est en voie de résolution dans la moitié supérieure du poumon.

Du côté de l'utérus, il n'existe plus aucun phénomène; la fausse-couche est arrêtée; par précaution on administre un cinquième lavement.

La pleuro-pneumonie était guérie au bout de neuf jours. La fausse-couche n'avait pas eu lieu, et depuis quelques jours la malade perçoit les mouvements de l'enfant.

M. Mialhe voit dans le fait de M. Martineau la confirmation de l'hypothèse qui veut que le chloral n'ait d'autre action que celle du chloroforme.

M. Gubler ne partage pas cette manière de voir. Le chloral, comme le chloroforme, calme la douleur; ce sont deux calmants, mais leur action est différente; d'ailleurs, le sang ne peut, en présence du chloral, que déterminer la production de 25 à 30 centigrammes de chloroforme par heure, et ceci n'expliquerait pas l'action brutale du chloral.

M. Limousin se demande si l'alcalinité des matières fécales ne déterminerait pas la production de chloroforme lorsqu'on administre du chloral en lavement.

M. Gubler n'a pas constaté l'alcalinité constante des matières fécales; elles sont quelquefois acides, d'autres fois neutres. (*Séance du 8 avril 1874. Bullet. de thérap.*)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

M. Odin montre à la Société un fœtus rachitique mort-né à la suite d'un accouchement laborieux, qui présente une transposition complète de tous les organes : cœur, aorte, estomac, duodénum, pancréas, foie, rate, cæcum et rectum.

M. Brou a vu dernièrement un exemple d'une transposition des organes aussi complète qu'on pouvait en juger sans autopsie; le cœur était à droite et le foie à gauche Le sujet est une jeune fille de 14 ans.

M. Fochier rapporte que la transposition des organes est une des monstruosités que l'on reproduit le plus facilement chez les ovipares. En effet, tous les organes se développant par deux bourgeons symétriques, il suffit de favoriser ou d'entraver le développement d'un de

ces bourgeons pour produire la transposition. On y parvient, soit en recouvrant d'un vernis une des moitiés de l'œuf, soit en exposant cette moitié à une température plus élevée. Il est possible que, dans les premières semaines de la grossesse, alors que les bourgeons sont encore symétriques, une cause analogue ait amené la transformation des viscères. (*Lyon médical*, 29 mars 1874.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Contribution à l'étude des amputations intra-utérines, par le Dr Raschkov (*de Berlin*). — Montgoméry a expliqué les mutilations du fœtus contenu dans la cavité utérine par les circulaires du cordon s'enroulant autour du cou et des membres. Un grand nombre de faits ont déjà été invoqués en faveur de cette théorie, et parmi eux nous citerons celui observé par Hillairet chez un fœtus de deux mois et demi à trois mois, où le cordon ombilical s'étant creusé, une véritable gouttière dans la région cervicale, amena une section du cou presque complète.

L'observation du Dr Raschkov, mérite d'être rapprochée de celle de Hillairet; aussi en donnerons-nous un résumé assez complet :

X..., âgée de 34 ans, de complexion délicate, ayant accouché trois fois naturellement, est atteinte depuis plusieurs années d'une rétroflexion de la matrice.

En novembre 1870, les règles n'ayant point apparu deux fois de suite, et en présence de plusieurs signes subjectifs, le Dr Raschkov crut devoir diagnostiquer une grossesse. L'examen physique confirma ce diagnostic.

Le 23 janvier, la malade perdit un peu de sang et accusa des douleurs lombaires violentes.

L'orifice interne de l'utérus n'était pas ouvert; on sentait la matrice à travers la paroi abdominale, remplissant la concavité du sacrum et complètement immobile. Jusqu'au 25, la malade eut à certains intervalles des pertes sanguines; dans l'après-midi de ce même jour se déclarèrent de violentes douleurs, et à dix heures du soir, la poche fœtale s'engageait à travers l'orifice utérin. Une heure après, le produit de la conception était expulsé, les membranes étant restées intactes. Le placenta dut être enlevé à l'aide du doigt introduit dans l'orifice interne. Deux jours après, la malade eut un frisson long et violent, suivi de chaleur et de sueurs; mais, à part ce symptôme, les suites de couches ne furent compliquées d'aucun accident.

Le fœtus, long de 17 centimètres et bien conformé du reste, avait un cordon ombilical qui présentait les particularités suivantes :

Le cordon ombilical, assez long et mince, ayant au niveau de l'ombilic une largeur d'un demi-centimètre, se dirige du côté de l'épaule droite qu'il contourne en s'amincissant un peu, et vient s'enrouler autour du cou fœtal. Puis, il descend au niveau de l'épaule gauche en croisant, presqu'à angle droit, la partie précédente, et arrive à peu près à la partie moyenne du bras droit. En rapport d'abord avec la partie postéro-interne de celui-ci, il se place ensuite au côté externe, puis se dirige en avant et en haut vers le creux axillaire, passe sur le scapulum et vient s'enrouler une deuxième fois autour du cöu.

Le cou fœtal n'offre aucune modification au niveau de cet enroulement, mais il n'en est pas ainsi du bras qui présente au contraire les modifications suivantes :

Au niveau du tiers moyen du bras, qui mesure une longueur de 2 centimètres et demi. se trouve un étranglement notable s'étendant obliquement de la partie médiane aux côtés du membre. A cette place, le volume du membre est diminué de plus de la moitié ; le tissu musculaire semble avoir complètement disparu, de telle sorte que les os semblent recouverts immédiatement par la peau. Les limites entre la partie intacte et la partie étranglée du bras, sont assez nettement arrêtées, de telle sorte, que la diminution du volume du bras se fait tout d'un coup, et non pas graduellement. Dans les autres points du corps, l'enlacement du cordon ombilical ne produit aucune lésion importante ; il n'existe en aucun point d'adhérences entre le cordon et la peau du fœtus.

L'examen microscopique du bras droit fit découvrir plusieurs particularités intéressantes. La peau, au niveau de l'étranglement, est amincie, mais ne présente pas de solution de continuité, les muscles biceps et triceps ont presque complètement disparu à l'endroit étranglé. Les vaisseaux sont visibles à l'œil nu, mais il n'est pas possible de déterminer s'ils sont oblitérés ou non.

A première vue, il semble que l'os ne présente aucune modification dans sa continuité, mais en le comparant, après l'avoir fendu dans le sens de la longueur, avec l'os du côté gauche, on constate que, si la longueur n'a pas changé, du moins le volume en est diminué légèrement. Le trou nourricier qui correspond précisément à l'étranglement est d'une façon manifeste plus petit à droite qu'à gauche. L'ossification est aussi avancée d'un côté que de l'autre.

Après s'être livré à quelques digressions sur la cause ayant provoqué l'avortement chez cette femme, l'auteur conclut qu'un grand nombre de cas d'amputations spontanées inta-utérines doivent être attribués à l'étranglement des parties fœtales, par des circulaires du

cordon. (*Beiträge zur Geburtshülfe und Gynækologie*, tome II, fascicule 2.)

Dr Dupuy.

De la syphilis dans ses rapports avec la dystocie. — Sclérose syphilitique du col et de l'anneau vulvaire. — Débridement du col. — Forceps à la vulve, par le Dr Chiarleoni.

L'auteur rapporte l'observation d'une primipare de 22 ans admise à l'hôpital au sixième mois de sa grossesse et reconnue affectée, à son entrée, d'ulcères syphilitiques: Menstruation régulière depuis l'âge de 17 ans, plusieurs abcès de la glande de Bartholin du côté droit, vers la fin de mai 1873, vaginite, et plus tard, rectite qui lui font garder le lit plusieurs jours, sans autre traitement d'ailleurs.

Etat actuel : légère tuméfaction de la vulve, chancre induré occupant toute la fossette naviculaire ; ulcération, indurée aussi, sur la partie antérieure et latérale droite de l'anus, écoulement vaginal et rectal abondant. Le toucher vaginal révèle une ulcération occupant tout le pourtour de l'orifice externe du col, ramolli et commençant à s'ouvrir. Vagin lisse, mou, peu sensible ; sensibilité extrême de la vulve qui empêche l'examen au spéculum. Adénopathie inguinale double.

Traitement : Soins de propreté et pommade au calomel sur les ulcérations de la fourchette et de l'anus. On ne touche pas à la lésion du col, de peur de provoquer un travail anticipé. Dans les premiers jours d'août, apparition des accidents secondaires ; on institue le traitement spécifique. Sous l'influence de la grossesse et de la syphilis, mauvais état général, œdème des membres inférieurs, de la face, des paupières sans albuminurie.

Le 21 septembre (huitième mois de grossesse) commencement du travail. A l'œdème déjà considérable des grandes et petites lèvres s'ajoute, à droite, une infiltration de la grande lèvre, due à un exsudat néoplastique et amenant une dureté particulière, ne cédant pas sous doigt et qui rappelle le sclérème (*Induration scléreuse* de Fournier). Col complètement effacé, ouvert de 2 centim., position O. I. G. A.

Le segment inférieur de l'utérus est très-épais, tendu, fragile, de dureté presque fibro-cartilagineuse sur un centimètre d'étendue tout autour du col et surtout en avant. Cet état si singulier joint à la faiblesse des contractions inspire des craintes : on prescrit un demi-bain et des irrigations vaginales.

Le 22, au matin, pas de changements appréciables : douche ascendante avec 30 litres d'eau dirigée sur le col au moyen d'un spéculum ; rupture des membranes. A 4 heures du soir, même état, deuxième douche, sans effet, abattement de la malade. A 8 heures, on se décide à pratiquer des scarifications multiples sur le col, avec un bistouri courbe, boutonné. Les douleurs expulsives se montrent aussitôt, et, le doigt repoussant, en haut, la lèvre antérieure scarifiée, la tête franchit le col.

A 9 heures, les contractions s'affaiblissant, on administre du seigle ergoté, mais la tête n'arrive pas à franchir la vulve, si grande est la résistance qu'oppose celle-ci. A 11 heures, le pouls fœtal, devenant irrégulier, on applique le forceps et on amène l'enfant asphyxié. La grande lèvre droite s'est déchirée dans son tiers inférieur. Une demi heure plus tard, accouchement spontané d'un deuxième enfant vivant. Suites de couches normales; guérison rapide des accidents syphilitiques.

En résumé, le col présentait une résistance insolite, une dureté considérable et une fragilité si grande qu'on craignait presque de le rompre, par la seule exploration digitale. Cet état, différent du simple spasme, était dû, sans doute, à une hyperplasie conjonctive ou à une néo-formation fibreuse, quoique l'auteur n'ose pas affirmer que ce fût là une vraie sclérose syphilitique. Mais son hésitation cesse pour l'induration de la grande lèvre droite, cause de l'arrêt du fœtus et de l'emploi du forceps. (*Annali univers. di Medicine*, 1873).

VIAULT.

Influence du bromure de potassium sur la menstruation, par le Dr Cordes (de Genève).

Dans cet article, le Dr Cordes rapporte une observation qui prouve l'action directe et puissante du bromure de potassium sur les organes génitaux de la femme.

Mme F..., née jumelle, sa mère n'étant enceinte que de 7 mois et demi, fut menstruée à 14 ans et 3 mois sans éprouver aucun malaise. Comme les règles revenaient toutes les trois semaines, un médecin consulté, pour obtenir l'intervalle habituel entre les époques menstruelles, ordonna des préparations ferrugineuses qui restèrent sans effet.

Le Dr Cordes commença le traitement de cette malade un an après la première époque menstruelle. Cette jeune fille, plus mince et plus petite qu'elle ne l'aurait dû être, par rapport à son âge, avait l'air bien portante. 5 grammes de bromure de potassium furent divisés en vingt doses; on donna deux de ces doses par jour en commençant huit jours avant l'époque présumée des règles et l'on s'arrêtait quand apparaissait l'écoulement; sous l'influence de ce traitement, les règles revinrent régulièrement toutes les quatre semaines, mais aussitôt que l'usage du bromure de potassium était suspendu, les époques revenaient tous les vingt-cinq jours.

Voilà six mois que la malade est en traitement et elle prend encore le bromure de potassium, comme il a été indiqué précédemment. (*The Obstetrical Journal*, avril 1874.)

A. L

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'assistance publique de Paris pendant le mois d'avril 1874.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	17	2	»	»	»	2	11.76	»	»	»	11.76	»	1
Pitié.........	37	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Charité.......	19	»	1	»	»	1	»	5.26	»	»	5.26	»	2 (1)
Saint-Antoine.	35	»	2	»	»	2	»	5.71	»	»	5.71	»	»
Necker.......	9	3	»	»	»	3	33.33	»	»	»	33.33	»	»
Beaujon......	19	»	»	1	»	1	»	»	5.26	»	5.26	1	»
Lariboisière...	67	3	»	»	»	3	4.48	»	»	»	4.48	»	4 (2)
Saint Louis...	84	1	1	»	»	2	1.19	1.19	»	»	2.38	»	»
Lourcine.....	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	289	9	4	1	»	14	3.11	1.38	0.34	»	4.84	1	7
Services spéciaux													
Cochin.......	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.....	42	1	2	»	»	3	2.38	4.76	»	»	7.14	»	»
Mson d'Accouchem.	110	»	2 (3)	»	»	2	»	1.31	»	»	1.81	»	»
TOTAL.......	212	1	4	»	»	5	0.47	1.88	»	»	2.35	»	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	960	1	0.10
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	233	1	0.42

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

[1] Fièvre puerpérale.
[2] Deux cas de fièvre puerpérale.
[3] Dont un avant l'accouchement.

La mortalité pour les femmes envoyées pendant 9 jours chez les sages-femmes de la ville n'a été, pendant le mois de mars que de 0.37 p. 0/0.
Voir le bulletin mensuel de mars 1874.]

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Des bandages et des ceintures hypogastriques, par le Dr Bernier de Bournonville, avec 25 figures dans le texte (Paris, 1873.)

Vice de conformation congénital des organes génitaux, par le Dr Cordes (de Genève). (*Gaz. obst de Paris*, 1874, p. 38.)

Note sur l'opération césarienne après la mort, par le Dr Laforgue (de Toulouse). (*Revue médicale de Toulouse* et *Bordeaux médical*, 1874, p. 78.)

Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire, par le Dr Gros-Fillay. Thèse de Paris, 1874.

De l'utilité de la pelvimétrie, choix d'un pelvimètre, par le Dr Joseph Robin. Thèse de Paris, 1874.

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Note historique et critique sur les principales modifications du céphalotribe et en particulier sur l'état fenêtré de ses cuillers, par le Dr Mattei. Paris, 1874.

Rapport sur les maladies puerpérales observées à Clermont pendant les mois de février et mars 1873, par le Dr V. Nivet. Clermont, 1873.

Prophylaxie de la fièvre puerpérale (*nécessité d'établir l'accouchement à domicile et de supprimer les maternités*). Rapport adopté par le Cercle médical liégeois dans son assemblée générale du 2 mai 1873. Liége, 1873.

Quatre opérations césariennes, par le Dr Bleynie. Limoges, 1869.

Note sur la nature et le traitement de la mort apparente du nouveau-né, par le Dr Bleynie. Limoges, 1859.

Contribution à l'étude de la sclérodermie avec artropathies et atrophie osseuse, par le Dr Lagrange, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. Thèse de Paris, 1874.

Atlas complémentaire de tous les ouvrages traitant de l'anatomie et de la physiologie humaine (*organes génitaux et périnée de la femme*), par le Dr Witkowski. Lauwereyns, éditeur. Paris, 1874.

M. le Dr Alphonse Guérin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, a commencé son cours sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, le vendredi 15 mai, à l'amphithéâtre n° 2, à 9 h. 1/2. Il doit le continuer les lundi et vendredi de chaque semaine.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que nous aurons la bonne fortune de publier un certain nombre de ces leçons où se reflète la longue expérience du chirurgien de l'Hôtel-Dieu.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. Leblond.

A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME Ier

Janvier à Juin 1874.

I.

J.

K.

L.

M.

N.

O.

P.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

TOME II.

PRINCIPAUX COLLABORATEURS

BARDINET, directeur de l'école de méd. de Limoges, memb. corr. de l'Acad. de médecine.
BARDY-DELISLE, présid. de la Soc. méd. de la Dordogne, chirurg. de l'hôp. de Périgueux.
BERGERON (G.), prof. agrégé à la Fac. de Paris.
BLEYNIE, prof. d'accouch. à l'école de médecine de Limoges.
BOISSARIE, ex-interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.
BOUCHARD (Ch.), prof. agrégé à la Fac. de méd. de Paris, médecin des hôpitaux.
BOUCHUT, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.
BOURDON, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôp. de la Charité.
BROUARDEL, prof. agrégé à la Faculté de méd., médecin des hôpitaux.
BURDEL, médecin de l'hôpital de Vierzon.
CHARRIER, ancien chef de clinique d'accouchements à la Faculté de Paris.
CHÉRON, médecin de la prison de St-Lazare.
CLOSMADEUC, chir. en chef de l'hôp. de Vannes.
COURTY, prof. de clin. chirurg. à la Fac. de Montpellier.
DELORE, ex-chirurgien en chef de la Charité de Lyon.
DELPECH, prof. agrégé à la Fac. de méd., membre de l'Ac. de méd. médecin des hôpit.
DEMARQUAY, membre de l'Académie de méd., chirurg. de la Maison mun. de santé.
DESNOS, médecin de l'hôpital de la Pitié.
DESORMEAUX, chirurgien des hopitaux.
DEVILLERS, membre de l'Académie de médec.
DUGUET, prof. agrégé à la Fac. de méd., médecin des hôpitaux.
DUMAS, profes. d'acc. à la Faculté de méd. de Montpellier.
DUMONTPALLIER, médecin des hôpitaux.
DUMESNIL, prof. à l'école de méd. de Rouen, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
FAYE, prof d'acc. à l'Université de Christiania.
FERÉOL, médecin des hôpitaux.
FERRAND, médecin des hôpitaux.
FOURNIER (Alfred), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. de Lourcine.
GALLARD, médecin de l'hôpital de la Pitié.
GAUTRELET, prof. d'acc. à l'éc. de méd. Dijon.
GILLETTE, ex-prosect. à la Fac. de méd. de Paris.
GOMBAULT, médecin de la Pitié.
GRYNFELT, prof. agrégé à la Fac. de médecine de Montpellier.
GUÉRINEAU, prof. à l'école de méd. de Poitiers.
HARDY (A.), prof. à la Fac. de médec., membre de l'Ac. de méd., méd. de l'hôp. St-Louis.
HERRGOTT, prof. à la Faculté de méd. de Nancy.
HEURTAUX, profes. à l'école de méd. de Nantes.
JACQUET, ex-chef de clinique à l'école de méd. de Lyon.
LABAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Bordeaux.
LABBÉ (Edouard), médecin de la Maison municipale de santé.
LABBÉ (Léon), prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien de l'hôpital de la Pitié.
LARCHER (O.), anc. interne des hôp. de Paris.
LEBLOND, ancien interne des hôp. de Paris.
LE FORT, prof. à la Fac. de méd. de Paris, chirurg. de l'hôp. Beaujon.
LIZÉ, ex chir. en chef de la Matern. du Mans.
MARTIN (A.), memb. de la Soc. de méd. de Paris.
NIVET, prof. d'acc. à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.
ONIMUS, membre de la Soc. de biologie.
PAJOT, prof. d'acc. à la Fac. de méd. de Paris.
PARISOT, prof. adjoint à la Faculté de méd. de Nancy.
PENARD, ex-prof. d'accouchements à l'école de méd. de Rochefort.
PETER (M.), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hopitaux.
PILAT, prof. d'acc. à l'école de méd. de Lille.
POLAILLON, prof. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien-adjoint de la Maternité.
POUCHET (Georges), memb. de la Soc. de biolog.
POZZI, ex-interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine.
PUECH (Albert), méd. adj. du Lycée de Nîmes.
RAYNAUD (Maurice), prof. agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôp. Lariboisière.
REY, prof. d'acc. à l'école de méd. de Grenoble.
RICHET, prof. à la Fac. de méd., membre de l'Acad. de méd., chirurg. de l'Hôtel-Dieu.
SAINT-GERMAIN (de), chirurg. de l'hopital des Enfants-Malades.
SIREDEY, médecin de l'hop. Lariboisière.
SLAVJANSKY, agrégé d'accouchem. à l'Acad. médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg.
TILLAUX, profes. agrégé à la Faculté de méd., chirurgien des hop., directeur de l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.
TRÉLAT (Ulysse), profes. à la Faculté de médecine, membre de l'Ac. de méd., chirurgien de la Charité.
WORMS, méd. en chef de l'hop. de Rothschild.

ANNALES

DE

GYNÉCOLOGIE

(MALADIES DES FEMMES, ACCOUCHEMENTS)

PUBLIÉES SOUS LA DIRECTION

DE MM.

PAJOT, COURTY, T. GALLARD

Rédacteur en chef
Dr A. LEBLOND

TOME II

Contenant des travaux de MM.
BLEYNIE, BOISSARIE, BURDEL, CHAMBERS (Thomas), CLOSMADEUC,
COURTY, DESNOS, DUBOUÉ (de Pau), DUPUY,
EKLUND (de Stockholm), FAUGEYRON, GALLARD, GILLETTE,
GRYNFELT, A. GUÉRIN, HUTINEL, JACQUET,
LIZÉ, MARTIN, ONIMUS, PARROT, PÉNARD, PUECH,
RAYMOND, SEGOND, TILLAUX, TILLOT, TILT.

1874
(2e SEMESTRE)

PARIS
H. LAUWEREYNS, LIBRAIRE-ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2.

1874

CONDITIONS DE L'ABONNEMENT :

Les ANNALES DE GYNÉCOLOGIE paraissent le 15 de chaque mois par fascicules de 80 pages, formant chaque année deux volumes avec titre et table des matières. Des planches sont ajoutées au texte toutes les fois que cela est nécessaire.

Prix de l'abonnement :

Pour Paris......................	18 francs.
Pour les départements...........	20 —
Pour l'Europe...................	23 —

Pour l'Amérique, etc., 18 fr. et le port en sus.

Les abonnements sont reçus à Paris, à la librairie H. LAUWEREYNS, 2, rue Casimir-Delavigne. — En province et à l'étranger, chez tous les libraires.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Juillet 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DE LA METRITE AIGUE

Par le Dr Alphonse Guérin,
Membre de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu.
(Leçons recueillies par M. Kirmisson, interne du service.)

Sans nous occuper de la fluxion utérine qui se rapprocherait beaucoup, par ses symptômes, des phénomènes de la menstruation, nous commencerons l'étude des maladies de l'utérus par celle de la métrite. Nous nous réservons de discuter plus tard l'opinion suivant laquelle la fluxion, la congestion et l'engorgement constituent autant d'entités morbides.

La métrite peut occuper la muqueuse utérine, le parenchyme utérin lui-même, ou l'enveloppe péritonéale de l'organe. Nous parlerons aujourd'hui de la métrite interne ou muqueuse, appelée aussi métrite catarrhale.

La métrite interne aiguë cause rarement la mort, aussi, l'in-

duction doit-elle venir en aide à l'examen nécroscopique, pour établir l'anatomie pathologique de cette maladie. M. Nonat avoue n'avoir jamais pu faire l'autopsie d'une métrite interne. D'autres auteurs, il est vrai, sans annoncer qu'ils ont pratiqué des autopsies, paraissent connaître *de visu* les lésions. C'es ainsi qu'Aran dit avoir constaté la rougeur de la muqueuse dans une profondeur de 1 millimètre à 2 millimètres et demi. D'après M. Nonat, il n'y a qu'un pointillé vasculaire à la surface ; mais, pour Aran, c'est une véritable arborisation vasculaire. Ces arborisations existent autour des glandules utérines qui sont devenues beaucoup plus appréciables, et dont les orifices, considérablement dilatés, renferment une grande quantité de mucus hyalin, transparent. Les cils vibratiles de la muqueuse disparaissent dans l'inflammation. On observe à la surface de cette membrane de petites saillies qu'on a prises quelquefois pour des papilles ; mais la muqueuse n'en possède point à l'état normal. Y a-t-il, dans la métrite interne, augmentation de capacité de la cavité utérine ? Aran l'admet ; mais l'observation clinique m'a démontré le contraire.

Au reste, on voit dans Aran qu'il admet cette dilatation, d'après des vues théoriques, bien plutôt que d'après l'observation directe. D'après lui, la métrite interne s'accompagne, presque toujours de métrite parenchymateuse, et dès lors, il y a dilatation de la cavité utérine. Nous ne pouvons admettre cette opinion trop exclusive : la science y perdrait en précision ; car, si les deux formes de métrite coexistent, dans certains cas, elles n'en constituent pas moins deux maladies distinctes, qui peuvent être observées isolément.

On comprend l'incertitude des auteurs, à cet égard, si l'on réfléchit que, pour constater cette dilatation de la cavité utérine, il aurait fallu recourir à l'hystérométrie ; or, l'emploi de ce moyen expose ici à de graves dangers. Dans ces cas, en effet, il y a parfois ramollissement du tissu utérin, et l'on courrait risque d'en provoquer la rupture. Kiwish est le seul auteur qui ait eu recours à l'hystéromètre en pareille circonstance; Huguier, lui-même, bien qu'il en soit l'inventeur, en proscrit l'emploi dans la métrite aiguë.

Non-seulement, nous rejetons la dilatation de l'utérus dans la métrite interne; mais, comparant l'inflammation de la muqueuse à son état congestif pendant la période menstruelle, nous sommes plutôt porté à admettre le rétrécissement de la cavité utérine. Nous avons vu, en effet, pendant la menstruation, la muqueuse se gonfler et oblitérer en partie la cavité de l'organe. Quoi qu'il en soit, une arborisation vasculaire très-prononcée, l'hypertrophie des glandules muqueuses, la destruction des cils vibratiles, et quelquefois même de l'épithélium tout entier, tels sont, pour nous, les phénomènes dont l'ensemble résume l'anatomie pathologique de la métrite interne.

Si la description des lésions fait éprouver aux auteurs quelque difficulté, la symptomatologie de la maladie est présentée par eux d'une façon très-nette et très-précise. Je reprocherai cependant à quelques-uns d'entre eux de n'avoir pas fait jouer un assez grand rôle, parmi les symptômes, à l'écoulement sanguin. C'est, d'abord, une sérosité sanguinolente, ressemblant à celle qui s'écoule de l'urèthre enflammé par une injection; puis bientôt, c'est une véritable métrorrhagie. Et telle est la valeur de ce symptôme que, lorsqu'une femme se plaint de métrorrhagie, s'il y a douleur, sans augmentation de volume de l'utérus, il faut songer tout d'abord à la métrite interne. La douleur n'est pas aussi vive qu'on pourrait le supposer; elle ne s'exagère que si le sang éprouve de la peine à s'écouler; mais, quand l'écoulement sanguin se fait facilement, la métrite interne est remarquable par le peu de douleurs qui l'accompagnent. Sans doute, il y a du malaise dans le bas-ventre, de la sensibilité à la pression de la région hypogastrique; mais, le symptôme douleur est moindre que dans beaucoup de maladies utérines. Au toucher, le vagin et le col sont trouvés chauds; le toucher du col est douloureux, surtout au voisinage de son orifice.

L'emploi du spéculum doit être absolument rejeté dans la métrite interne, quand la maladie a une grande acuité; c'est alors un moyen dangereux. Il augmenterait la douleur; de plus, comme souvent l'utérus est en antéflexion, et que le col est alors porté en arrière, on serait exposé, en allant à sa re-

cherche, à presser sur la paroi utérine antérieure et à augmenter ainsi l'inflammation.

Très-souvent, la métrite interne se complique de cystite, qui se traduit par une sensation de chaleur dans le bas-ventre, des souffrances à l'hypogastre, des cuissons douloureuses pendant la miction. Quelquefois aussi, la métrite s'accompagne de rectite; aujourd'hui même, nous observons dans nos salles une malade atteinte de métro-péritonite intense et qui a en même temps de la diarrhée.

Les symptômes généraux sont très-marqués dans la métrite intense: très-souvent on observe un frisson léger ; le pouls est accéléré ; il n'est pas petit, filiforme, comme dans la péritonite ; il est, au contraire, large et plein. La température est élevée, mais moins que dans la fièvre puerpérale. Et même, la chaleur mordicante qu'on constate dans le vagin ferait penser à une élévation de température, plus considérable qu'elle ne l'est réellement.

Tel est, messieurs, le tableau de la métrite interne, quand elle revêt un haut degré d'acuité. Je dis métrite interne, et non catarrhale; car jusqu'ici le catarrhe n'a joué qu'un rôle peu accusé, dans les symptômes. Le nom de métrite catarrhale doit être réservé pour la métrite interne aiguë d'intensité moindre. On pourrait être tenté de prétendre que la métrite catarrhale n'est autre que la métrite chronique; mais cette synonymie ne serait pas légitime, car la métrite catarrhale, loin d'être toujours chronique, peut exister aussi avec des symptômes aigus. On doit rejeter, également, le nom de métrite hémorrhagique employé pour désigner la métrite interne ; car l'écoulement sanguin ne caractérise que la période la plus aiguë de la maladie.

La seconde forme a une acuité moins vive, et se distingue de la première, par une atténuation de tous les symptômes, et par l'existence d'un écoulement de mucus. Tandis que l'examen au spéculum devait être rejeté absolument dans la métrite intense, on peut y avoir recours dans la forme catarrhale. On constate alors que le col est uniformément rouge, turgide, ressemblant au gland du pénis en érection. Il n'est pas augmenté de volume; mais déjà on voit, autour de son orifice, un petit relief de la mu-

queuse, qui tranche par sa coloration violacée sur le reste du col; cet orifice reste entr'ouvert, et ses lèvres béantes laissent échapper un liquide muqueux. Si la métrite est au premier degré, le mucus est hyalin, incolore, comparable au verre en fusion. A une période plus avancée, les parties les plus extérieures de ce mucus présentent des stries blanchâtres, opalines; dans une troisième période, c'est du muco-pus. Souvent, à la première période, le linge de la malade est seulement empesé par ce liquide, puis les taches deviennent jaunâtres et enfin verdâtres; ce sont de véritables taches de pus. C'est donc là, vous le voyez, une affection tres-différente de la première. Mais cette forme plus bénigne peut se réveiller à la première occasion, surtout au moment des règles; on voit alors apparaître la métrorrhagie, et la maladie passe, ainsi, de la forme plus bénigne à la première forme, la plus grave.

Il y a une distinction réelle à établir entre la métrite du corps et celle du col. Chez les femmes qui ont eu des enfants, il est vrai, presque toujours le corps lui-même est enflammé en même temps que le col. Mais, chez les vierges, il existe, au niveau de l'isthme de l'utérus, une sorte d'occlusion du corps, s'opposant à la propagation de l'inflammation de la portion cervicale au corps de l'organe. Chez elles, le col et le corps peuvent être enflammés isolémént. Les auteurs prétendent que la métrite interne du corps est plus fréquente que celle du col; pour ma part, je n'ai pas d'opinion formelle à cet égard.

Etiologie et diagnostic. — Après avoir étudié l'anatomie pathologique et les symptômes de la métrite interne aiguë, nous allons nous occuper de l'étiologie de cette maladie. Contrairement à l'opinion reçue, je soutiens que la métrite interne aiguë est plus fréquente chez les femmes qui n'ont pas eu d'enfants que chez les femmes mariées. Chez les jeunes filles, en effet, la cavité utérine est très-petite; de plus, elle est en quelque sorte close, grâce au resserrement de l'isthme utérin qui rend toujours difficile l'introduction de l'hystéromètre. Que, dans ces conditions, il se produise un gonflement de la muqueuse; gênée dans son expansion, cette dernière deviendra bientôt le siége d'un véri-

table étranglement, et l'inflammation atteindra très-vite un haut degré d'acuité. Au contraire, chez les femmes qui ont eu des enfants, l'isthme de l'utérus est ouvert, l'inflammation se transmet facilement, du corps au col de l'organe, et souvent elle demeure contenue dans des limites d'acuité moindre.

On s'est demandé, si la blennorrhagie vaginale était susceptible de s'étendre à la muqueuse utérine. Van Swieten pouvait nier cette propagation ; de son temps, le spéculum étant inconnu, on n'avait pas le moyen d'étudier, à la source, les produits de la membrane muqueuse utéro-vaginale. Aujourd'hui on ne saurait conserver aucun doute à cet égard : M. Ricord déclare, dans ses notes sur Hunter, qu'il est convaincu que la blennorrhagie vaginale se transmet à la muqueuse utérine. Pour moi, comme chirurgien de l'hôpital Lourcine, j'ai eu très-souvent l'occasion d'examiner des malades atteintes de blennorrhagie, et j'ai pu constater que, chez des femmes ne présentant à leur entrée qu'une blennorrhagie vaginale simple, survenaient quelquefois des douleurs violentes à l'hypogastre ; le col de l'utérus devenait en même temps chaud et douloureux, et son orifice donnait passage à un mucus tout à fait semblable à celui qui formait l'écoulement vaginal ; en un mot, elles présentaient tous les symptômes de la métrite. Il n'y a donc point de doute; la blennorrhagie peut se transmettre à la muqueuse utérine.

Tous les phénomènes qui ont pour effet de produire la congestion de la muqueuse utérine, peuvent en déterminer l'inflammation. Au premier rang, parmi ces causes, je place la menstruation. Nous savons, en effet, qu'entre l'état de la muqueuse pendant les règles et celui qu'elle présente sous l'influence de l'inflammation, il n'y a qu'une différence souvent peu appréciable. Sans doute, la menstruation est une fonction physiologique ; mais elle est si voisine d'un état maladif, qu'elle doit imposer à la femme, pendant toute la durée de ses règles, les plus grands ménagements. Le plus souvent, au contraire, nous voyons les femmes continuer leurs travaux ou se livrer à leurs plaisirs, au lieu de garder le repos qui leur serait si nécessaire endant la période menstruelle. De plus, elles ont, en ce mo-

ment, des besoins sexuels plus impérieux, qui, s'ils ne sont pas contenus, peuvent devenir la source de graves dangers.

L'abus des relations sexuelles, en dehors de la menstruation, peut devenir aussi la cause de la métrite interne; mais le plus souvent, je crois, il produit la métrite parenchymateuse. Tandis que cette dernière est fréquemment la conséquence de la brutalité dans le coït; l'excitation sexuelle immodérée et la congestion qu'elle entraîne à sa suite, amènent surtout la métrite interne. C'est ainsi que vous serez souvent consultés, dans le cours de votre carrière, pour de jeunes mariées, chez lesquelles survient un écoulement sanguinolent, puis bientôt muco-purulent. Ces symptômes de métrite s'observent surtout chez les femmes qui adoptent l'usage d'ajouter, à la fatigue des premières relations sexuelles, celle des lointains voyages.

A côté de cet acte physiologique, le coït, comme cause de la métrite interne, il en faut citer un autre, l'onanisme, qui tient à une véritable maladie de l'esprit, et qui est une cause d'inflammation fréquente sur laquelle l'attention n'a pas été assez fixée. Il existe, dans les deux sexes, et Scanzoni nous dit que, dans tous les pensionnats d'Allemagne, c'est un vice répandu, à un point tel, qu'on pourrait citer les exceptions. Chez les jeunes garçons, il aboutit aux diathèses scrofuleuse et tuberculeuse; chez les jeunes filles, il produit la leucorrhée, l'anémie, la chlorose. Souvent le prurit vulvaire en est le point de départ; mais plus tard l'esprit participe à cet acte qui, d'abord, avait été inconscient. Il est des femmes qui s'y livrent avec frénésie; qui en souffrent et en deviennent très-malheureuses. Une jeune femme de vingt-sept à vingt-huit ans vint, un jour, me consulter et m'avoua qu'elle avait une maladie de l'esprit qui détruisait sa santé; elle était atteinte d'une véritable fureur utérine. Nous essayâmes tous les anaphrodisiaques, le lupulin, le bromure de potassium, la digitale, tous furent inutiles. Tels étaient les tourments de cette malheureuse femme qu'elle me demanda alors de détruire chez elle l'organe de l'excitation sexuelle; j'y consentis, je la cautérisai au fer rouge, et, pendant quinze jours, elle put se croire guérie; mais, quand la cicatrisation fut achevée, il devint évident que ce moyen avait échoué, comme

les précédents. Quand on connaît la vascularité des organes pelviens et les liens qui réunissent entre eux les vaisseaux des diverses parties de l'appareil génital chez la femme, on comprend facilement, comment une excitation souvent répetée sur un point de cet appareil retentit sur tous les organes qui le composent, sur l'utérus en particulier, et peut ainsi devenir le point de départ de la métrite.

Aux causes que nous venons de signaler, il faut joindre certaines pratiques chirurgicales, telles que la dilatation du col de l'utérus employée comme moyen de diagnostic, dans le cas de corps fibreux, par exemple. C'est là, je crois, une mauvaise pratique; et le danger devient encore plus grand, quand à la dilatation on ajoute l'incision, selon le procédé de Marion Sims, pour combattre l'occlusion du col comme cause de stérilité. Dans quelques cas, il a réussi ; mais, à côté de ces succès, je puis citer l'exemple d'une dame opérée par lui, et qui eut, à la suite de cette opération, une syncope et une perte de sang considérable ; il s'ensuivit une métrite des plus graves. Il y a quelques années, j'employai la dilatation du col pour l'ablation d'un corps fibreux pédiculé ; il se développa un phlegmon périutérin. Toutefois je ne condamne pas d'une manière absolue la dilatation du col; mais, c'est une opération qui réclame les plus grands ménagements.

J'en dirai autant de l'emploi de la curette de Récamier : c'est un instrument des plus dangereux. Il en est de même du redresseur utérin de Simpson, aujourd'hui, d'ailleurs, complètement abandonné.

Contrairement à la plupart des auteurs, je repousse comme causes de métrite interne l'accouchement et l'avortement. Ce sont là seulement des causes de métrite parenchymateuse. Alors en effet, il n'y a plus, à proprement parler, de muqueuse; elle est devenue membrane caduque. Le froid, au contraire, est une cause très-réelle de cette maladie. Les refroidissements pendant les règle peuvent amener une suppression de l'écoulement menstruel, puis une métrite.

Telles sont, Messieurs, les causes de la métrite interne. Si vous vous souvenez des signes que nous avons énumérés: écou-

lement muco-sanguin, puis muco-purulent, douleurs à la pression de l'hypogastre, moins vives toutefois que dans la métrite parenchymateuse, vous n'aurez pas de peine à établir le diagnostic. L'écoulement sanguin a, surtout, une grande valeur, et Bennet a pu dire, avec raison, que l'exhalation sanguine, par la muqueuse utérine, est à la métrite interne ce que l'expectoration sanguinolente est à la pneumonie. Si, dans la métrite parenchymateuse, les règles sont rares, douloureuses, moins abondantes que de coutume; dans la métrite interne, au contraire, le flux sanguin est plus considérable et plus fréquemment renouvelé. J'insiste beaucoup, sur ce caractère différentiel des deux formes de la maladie. M. Gallard, qui a étudié les maladies de l'utérus, d'une manière essentiellement pratique, n'y attache pas une moindre importance.

Chercherez-vous à établir le diagnostic entre la métrite interne et l'hématocèle rétro-utérine? Cette dernière maladie est caractérisée par la présence d'une tumeur, d'abord molle, fluctuante, puis dure et résistante dans le cul-de-sac utéro-rectal. Quant au phlegmon du ligament large, son signe caractéristique, c'est l'effacement d'un des culs-de-sac latéraux du vagin, du gauche en particulier, siége ordinaire de l'inflammation. La perte de sang, dans la métrite, pourrait faire soupçonner l'existence de corps fibreux ; mais ceux-ci ne donnent pas lieu à un ensemble de symptômes généraux aussi graves ; de plus, le palper abdominal permet le plus souvent d'en constater la présence. Toutefois, dans les cas difficiles, il vaudrait mieux rester momentanément dans le doute que de recourir à l'hystérométrie, moyen précieux de diagnostic, pour d'autres affections, mais dont nous avons déjà signalé le danger dans la métrite interne d'une grandei ntensité. Le cancer ne peut provoquer de difficultés sérieuses ; il affecte très-rarement le corps, sans s'être manifesté d'abord au col ; et, pour ma part, je ne me souviens pas d'en avoir vu ùn seul exemple. Vous trouverez donc, dans le cancer, de la tuméfaction et des bosselures irrégulières sur le col ; vous constaterez l'existence d'un écoulemen de sang et de sérosité fétide. dont l'odeur est tout à fait ca racté ristique.

La vraie difficulté consiste à différencier la métrite interne de la blennorrhagie vaginale.

En opposition avec certains auteurs, Swediaur, par exemple, je soutiens, d'accord avec Benjamin Bell, que l'uréthrite coexiste toujours avec la blennorrhagie. Vous examinerez donc l'urèthre, et si vous constatez l'existence de l'uréthrite, ce sera pour vous le signe distinctif entre la blennorrhagie et la leucorrhée utérine. Mais, l'examen ne doit pas être borné au canal uréthral lui-même; il doit porter aussi sur deux petites glandes muqueuses, situées à l'entrée de l'urèthre, et qui, alors même que toute antre trace d'écoulement a disparu, restent très-souvent le siége de la blennorrhagie. C'est là une particularité intéressante à connaître, pour éviter, autant que possible, toute chance d'erreur.

Durée de la maladie ; fréquence des récidives ; traitement. — La durée de la métrite interne est extrêmement variable ; on ne saurait lui assigner un terme précis. En général, au bout de quinze jours, elle diminue d'intensité, mais le plus souvent elle ne disparaît pas complètement, et se termine par le passage à l'état chronique. Elle peut aussi aboutir à la suppuration ; non qu'il se forme un abcès dans l'intérieur même du parenchyme utérin, mais par la transformation de la sécrétion des glandes muqueuses, qui devient purulente, et qui est rejetée au dehors sous forme de muco-pus.

La métrite interne aiguë n'a pas, tout de suite, un retentissement bien grand sur l'organisme ; mais les récidives sont fréquentes ; et si vous vous souvenez du rôle que nous avons fait jouer, dans l'étiologie, aux excitations génésiques, vous comprendrez facilement que, la malade allant mieux, cette cause ne tardera pas à se reproduire, et ramènera avec elle la maladie. Les souffrances de la métrite, se réveillant un certain nombre de fois, finissent par entraîner l'affaiblissement, la perte de l'appétit, la dyspepsie, et avec elles, un profond découragement qui peut aller jusqu'à l'hypochondrie.

Quand les causes qui ont produit la maladie sont passagères, il semble qu'elle n'ait pas de raison pour reparaître. Mais, une

première atteinte, qu'elle ait amené une plus grande vascularisation des tissus ou une hypertrophie des glandes muqueuses, crée toujours une prédisposition particulière à la reprise du mal.

Pour ces divers motifs, il importe d'avoir recours à un traitement prompt et énergique. Il faut surtout se tenir en garde contre l'impatience des malades qui se croient trop tôt guéries, et se souvenir qu'il n'y a pas de guérison certaine avant le retour des règles. Tel est, en effet, l'afflux sanguin qui se produit vers l'utérus au moment de la menstruation, qu'une nouvelle inflammation peut en être la suite. Aussi, devra-t-on redoubler de précautions, à cette époque, et s'efforcer de maintenir la fluxion dans le degré physiologique.

Dans l'étude du traitement, nous maintiendrons la distinction que nous avons établie entre les deux degrés de la maladie, le premier, étant caractérisé par des douleurs violentes et par un écoulement sanguin, le second, répondant à des souffrances moins vives et à un écoulement catarrhal. Dans la première forme, le traitement sera énergique ; vingt à trente sangsues seront appliquées sur l'hypogastre, le nombre en étant d'ailleurs proportionné au degré de l'inflammation et à la constitution de la malade. La femme fût-elle faible, il vaudrait mieux avoir recours à une émission sanguine que de la laisser en proie à des douleurs, et à une perte continue de sang qui l'affaibliraient bien davantage. C'est aux saignées locales que je donne la préférence, et je rejette absolument les saignées générales, telles que les ont conseillées Lisfranc et M. Nonat. Je pense que les saignées du bras répétées ont l'inconvénient de débiliter profondement les malades.

Comme tous les médecins, j'ai l'habitude de prescrire des bains dans la métrite; mais j'ai reconnu, depuis longtemps, qu'un bain, d'une durée ordinaire, ne cause pas de soulagement ; il doit être prolongé pendant quatre à cinq heures, et, contrairement à un préjugé très-répandu, cette longue immersion n'affaiblit point les malades. Quant aux bains de siége, je les crois plus nuisibles qu'utiles ; froids, ils deviennent vite intolérables; chauds, ils congestionnent tous les organes pelviens et souvent

exaspèrent le mal; pour ma part, j'y ai renoncé complètement.

Lorsque vous donnez les bains quotidiens, les irrigations intra-vaginales deviennent inutiles; et c'est là un grand avantage dans la période aiguë, où l'on peut craindre que le choc d'une irrigation, faite avec trop de force, ne devienne douloureux et ne cause l'aggravation de la maladie. Il est, cependant, une objection qui se présente : C'est que les parois vaginales s'adossant l'une à l'autre, empêchent l'eau du bain d'arriver jusqu'à l'utérus, et suppriment ainsi le bénéfice d'une irrigation. Becquerel, en effet, a pu placer un tampon de charpie imbibée d'eau blanche dans l'un des culs-de-sac du vagin, et faisant prendre ensuite un bain sulfureux à la malade, il a constaté que la charpie n'était point teintée en noir. Il n'y avait donc pas eu contact entre l'acétate de plomb et le liquide sulfureux du bain. Malgré cette expérience, l'objection n'a pas toute la valeur qu'on pourrait lui attacher tout d'abord : les malades pourront elles-mêmes faire pénétrer l'eau jusqu'au col utérin. Une longue canule pourra être employée à cet usage. Au reste, chez les femmes qui ont eu des enfants, le contact entre les parois vaginales n'est pas complet, et ce qui prouve bien que l'eau peut arriver jusqu'au col, c'est qu'à la sortie du bain, souvent, la cavité du vagin laisse échapper une certaine quantité de liquide.

Les applications de glace sur l'hypogastre ont une très-grande utilité; mais c'est un moyen d'un emploi difficile. La glace doit être enfermée dans une vessie, suspendue à un cerceau, et soutenue latéralement par des rouleaux de linge placés le long du corps de la malade, de façon qu'elle ne porte pas de tout son poids sur l'abdomen. De plus, pour que la vessie se moule exactement sur les parties auxquelles elle doit être appliquée, il est bon d'y introduire, en même temps que la glace, une certaine quantité d'eau. Il est des malades qui, malgré toutes ces précautions, ne supportent pas ce moyen; il faut alors y renoncer. Il est d'ailleurs un guide certain pour apprécier l'utilité de la glace : la sensation qu'elle procure est agréable, tant qu'elle est utile; quand l'inflammation tombe, le refroidissement trop grand devient pénible, et la glace doit être écartée ; de même,

s'il survenait un frisson. Quelques médecins conseillent de placer une vessie de glace dans le vagin même; mais, dans la période aiguë, cette introduction causerait de vives douleurs. De petits fragments de glace, souvent renouvelés, exigeraient des manœuvres nuisibles et seraient insuffisants.

Je ne crois pas que le vésicatoire doive être employé contre la métrite aiguë. Il aurait l'inconvénient d'augmenter la cystite concomitante, et, avec elle, l'inflammation de l'utérus. Je préfère beaucoup, avoir recours à la pommade mercurielle belladonée. C'est un moyen réellement efficace, à la condition qu'elle soit largement appliquée; les frictions doivent être faites, matin et soir, pendant quinze à vingt minutes, et une épaisse couche de pommade doit être laissée sur le ventre qu'on recouvre de cataplasmes.

Les purgatifs sont indispensables, toutes les fois qu'il y a constipation. Vous n'ignorez pas, Messieurs, que j'attache une grande importance à la méthode évacuante dans le traitement de l'épididymite blennorrhagique; son utilité n'est pas moindre dans la métrite. Mais, dans ces cas, il ne faut pas avoir recours à l'aloès qui congestionne la partie inférieure de l'intestin, ni même à la rhubarbe qui, chez certaines personnes, jouit de la même propriété.

Quelquefois, au lieu de la constipation, on observe de la diarrhée; il faut recourir alors aux lavements opiacés et amidonnés. L'opium, contre les douleurs violentes, a une grande efficacité; on peut en porter la dose jusqu'à 10 et 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures. S'il y a constipation, on lui préferera le chloral.

Tel est, Messieurs, le traitement de la métrite aiguë dans sa forme la plus grave. Dans la seconde forme, le mal étant moins violent, le traitement sera moins énergique. La plupart des auteurs conseillent même un traitement purement hygiénique; mais, le plus souvent, les bains et les cataplasmes associés au repos, sont tout à fait insuffisants. En s'en tenant à ces moyens, on court le risque de favoriser le passage de la maladie à l'état chronique. Je dirai même que ce passage à l'état chronique est d'autant plus à craindre, que la maladie est plus bénigne en ap-

parence. Alors en effet, les malades ne sont pas obligées à un repos absolu, et, faute de soins suffisants, elles n'arrivent pas à une complète guérison.

Vous vous êtes étonnés, peut-être, que, parlant du traitement de la métrite aiguë, je n'aie pas signalé l'application des sangsues sur le col; depuis Aran, presque tous les auteurs l'ont conseillée, mais je rejette ce moyen, parce qu'il nécessiterait l'introduction du spéculum; et vous savez que, dans la période aiguë, je redoute l'emploi de cet instrument. Mais, lorsqu'il n'y a plus d'écoulement sanguin, que les douleurs sont moins vives, il faut recourir à ce traitement. Il agit promptement, et sans faire perdre aux malades une grande quantité de sang. Six à huit sangsues appliquées sur le col produisent autant d'effet que vingt sur l'hypogastre. Les relations vasculaires sont en effet bien différentes, et le dégorgement produit est bien plus rapide. Quelquefois même, la déplétion des vaisseaux est si prompte qu'il en résulte une hémorrhagie.

L'application des sangsues sur le col est une opération qui demande de grandes précautions; aussi veux-je y insister. Il faut avoir soin, avant d'introduire le spéculum, de pratiquer le toucher vaginal, pour reconnaître la position du col utérin. Vous éviterez ainsi d'exercer des pressions nuisibles sur le corps de l'utérus en allant à la recherche du col. Lorsque celui-ci a été saisi dans l'intérieur du spéculum, vous exercez sur sa base une certaine pression, pas assez forte pour provoquer de la douleur, mais suffisante pour empêcher les sangsues de passer entre le spéculum et le col, et de sortir du vagin. Pour la même raison, il faut préférer un spéculum cylindrique aux instruments à valves. Lorsqu'il est bien maintenu en place, on prend les sangsues rassemblées en tas sur une compresse, et on les pousse jusqu'au fond du spéculum, en les maintenant par un linge placé au-dessus d'elles, de façon à ne pas leur laisser, entre le col et le linge qui les recouvre, un large espace, dans lequel elles pourraient séjourner, s'agiter et ne pas piquer. Quand les sangsues ont pris, on retire un peu le spéculum pour soulager la malade. Mais on le laisse encore dans le vagin pour surveiller les sangsues jusqu'à ce qu'elles tombent.

Ce que je vous dis de l'efficacité des sangsues appliquées sur le col, diffère beaucoup de ce qu'on pensait autrefois. Ainsi, Lisfranc enseignait que c'était un moyen nuisible; mais il n'avait pas sur ce point une expérience suffisante ; il aurait eu raison de rejeter les émissions sanguines locales, s'il avait dû les pratiquer à la manière de Boyer, qui recommandait d'appliquer les sangsues aux lèvres de la vulve ; des adénites devaient être souvent la conséquence de ce procédé. Mais il ne faut pas être de l'avis de Lisfranc quand il dit que les piqûres de sangsues sur le col s'ulcèrent et deviennent le point de départ du cancer ; d'après les observations qu'il cite, il est clair qu'une erreur de diagnostic avait fait prendre pour de la métrite un cancer utérin.

Une des conséquences de l'application des sangsues sur le col, peut être l'adénite iliaque. En effet, le col et la moitié interne du vagin possèdent des lymphatiques qui se rendent aux ganglions iliaques. Les piqûres de sangsues peuvent amener une lymphangite, et, par suite, une inflammation de ces ganglions. Cet accident se produit surtout quand les piqûres ont porté sur les parois vaginales. Sur le col, en effet, elles guérissent très-rapidement; mais, sur le vagin, leur cicatrisation est lente, et elles deviennent plus facilement le point de départ de la lymphangite. Ce fait, qui n'a point été signalé par les auteurs, a une grande importance. Il explique les observations dans lesquelles la douleur utérine a paru s'exaspérer après une application de sangsues. Cette adénite disparait promptement et n'a pas de gravité.

Le traitement de la métrite blennorrhagique réclame quelquefois des moyens que j'ai rejetés pour la métrite aiguë. Dans ces cas, il peut devenir nécessaire de pousser une injection dans l'intérieur même de la cavité utérine pour modifier la muqueuse enflammée. Je donne la préférence aux injections de nitrate d'argent ; à la dose de 10 centigrammes pour 60 ou 100 grammes d'eau, selon les cas; elles modifient profondément et très-vite la sécrétion morbide. Il faut se garder, en pratiquant ces injections, de faire entrer l'instrument à frottement dans l'orifice du col; non que je croie que le liquide puisse refluer

dans les trompes, et de là dans le péritoine; mais, parce que, mettant un obstacle à sa sortie hors de l'utérus, on provoquerait une violente douleur.

Je vous l'ai déjà dit, Messieurs, alors même qu'on juge la métrite interne guérie, elle peut ne pas l'être ; et on n'a la certitude d'un parfait rétablissement qu'après l'apparition de la période menstruelle. Aussi, depuis le début de la maladie jusqu'aux prochaines règles, et pendant toute la durée de celles-ci, la malade devra-t-elle rester couchée. Si aucun symptôme d'inflammation ne reparaît sous l'influence de la fluxion cataméniale, on peut croire à la guérison. Encore même, pendant plusieurs mois, dans la suite, les époques menstruelles seront-elles pour la malade un moment critique, durant lequel elle devra se soumettre aux plus grandes précautions, si elle veut éviter les rechutes. A ce prix seulement, on obtiendra une guérison complète et durable.

DU TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES PAR LES EAUX MINERALES (1),

Par le Dr Desnos,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Ex-secrétaire et membre honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

(2e article.)

De ces bains de boues minéro-thermales, il y aurait peut-être lieu de rapprocher, au point de vue de leurs applications et de leurs propriétés, les bains de sable qu'on administre sur quelques-unes de nos plages de la Méditerrannée et notamment à Cannes.

Il existe, près d'un certain nombre de sources, quelques habitudes dont l'abus pourrait devenir anti-hygiénique, et contre lesquelles il peut être bon de prémunir les malades avant leur départ. Ainsi, dans quelques stations, et, notamment, dans quelques stations pyrénéennes, les longues excursions, les promenades à cheval, sont assez en usage. Il ne faut pas oublier que l'équitation, pour des raisons qu'il est inutile de rappeler, est essentiellement nuisible dans les maladies des organes pelviens.

(1) Voir t. I, p. 428.

S'il est un moment où il est utile de s'en abstenir, c'est pendant une cure thermale. Il ne faut pas lire un grand nombre de mémoires écrits par des médecins hydrologistes, pour constater les exacerbations inflammatoires, les rechutes causées par l'exercice du cheval aussi bien que par la fréquentation des soirées, des bals qui non-seulement par la fatigue physique qu'ils imposent mais encore par leurs influences psychiques, sont une cause puissante de congestion du système utéro-ovarien.

Il faut se garder, toutefois, d'envelopper dans cette proscription, de simples promenades à cheval, de durée moyenne, faites au pas, sur un cheval facile et d'allures douces. Ces promenades ne sont plus qu'un moyen de déambulation qui ne présente, pour les personnes qui ont l'habitude de cet exercice, rien de beaucoup plus fatigant que les promenades en voiture. Celles-ci, pourvu qu'elles ne soient ni trop prolongées, ni trop répétées, peuvent être permises, car il ne faut pas oublier que les femmes atteintes de maladies utérines sont volontiers névropathes, ont de la propension à la tristesse, et qu'il est utile de leur procurer les distractions compatibles avec les nécessités de la cure.

Il nous arrivera souvent d'indiquer dans le traitement des maladies des organes sexuels, de leurs différentes formes, de leurs complications, des séries d'eaux minérales qui au point de vue de la science hydrologique pure, peuvent être considérées comme équivalentes dans tel ou tel cas déterminé. Il n'en est pas moins vrai qu'un certain nombre seulement de stations thermales sont en possession d'une réputation justifiée pour le traitement des maladies des femmes, et jouissent du privilège d'attirer la foule de celles qui en sont atteintes.

D'une manière générale, le médecin qui conseille un déplacement vers une station thermale, doit de préférence indiquer une de celles auxquelles est acquise une notoriété. Il y a de cette manière d'agir plusieurs raisons. La première, c'est que ces notoriétés qui parfois n'ont aucune base solide, sont fondées souvent sur des séries de succès qui se sont multipliés depuis longtemps, en un mot sur les résultats positifs d'une clinique thermale. En second lieu, les médecins qui exercent près de

ces stations ont une plus grande habitude de la thérapeutique thermale des maladies des femmes, des procédés blanéaires qui leur sont applicables, des délicatesses du traitement thermal; ils s'intéressent d'avantage à l'étude d'affections qui forment tout ou partie de la fortune de l'établissement auquel ils sont attachés.

Et puis, les femmes qui trouvent dans des thermes, un plus ou moins grand nombre de malades qui y sont envoyées pour une affection semblable à la leur, voient, par ce fait, augmenter leur confiance dans la valeur des sources près desquelles elles viennent chercher la santé; elles supportent plus facilement les péripéties de la cure; et enfin, en cas d'insuccès, avec la possibilité desquels il faut compter, car ils ne sont pas très-rares dans le traitement hydro-minéral des affections de la matrice, la responsabilité du médecin qui a prescrit le déplacement, est allégée par la réputation de la station à laquelle il a adressé sa malade. Pour éviter des redites fastidieuses, nous indiquerons par un astérisque (*) dans chaque classe d'eaux minérales que nous avons à énumérer, les stations qui ont acquis une réputation spéciale à notre point de vue.

A. *Métrite simple.* — Nous supposons que sans cause appréciable, ce qui est rare, le plus ordinairement, presque toujours, à la suite d'avortements accompagnés de quelques accidents, ou de fausses-couches fort simples, mais à la suite lesquelles on a négligé les soins hygiéniques commandés par cette situation, et notamment le repos suffisant pour la guérison de l'utérus, ou bien encore après des accouchements difficiles ou même sans complications, mais traités avec le même mépris de l'hygiène que nous signalions tout à l'heure, ou enfin sans accouchement ni avortement préalables, mais à la suite d'une suppression brusque des règles par une cause fortuite, un refroidissement, une émotion ou bien enfin par le fait de relations sexuelles entretenues dans des conditions défavorables (coït trop répété, disproportion dans les organes génitaux des conjoints), une femme arrive à accuser des douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, dans le haut des cuisses, dans les aines, sur le trajet des nerfs ilio-lombaires. Ces douleurs s'exaspèrent par la marche,

la station debout, le cahot de la voiture ; le coït devient pénible. La malade se plaint de pertes blanches entre ses époques menstruelles ou à l'approche de ses règles. Celles-ci reviennent normalement ou bien elles présentent quelques irrégularités, elles s'accompagnent ou s'annoncent par quelque exaspération des douleurs; l'écoulement sanguin est diminué ou plus abondant que de coutume, dure un peu plus longtemps que d'habitude, mais il n'y a pas de ménorrhagies, à proprement parler, ni de pertes de sang en dehors des règles. Il survient de temps à autre quelques tiraillements d'estomac. Par l'examen direct, on constate, au toucher, que l'utérus a conservé sa mobilité et sa position normales ; tout au plus y a-t-il un peu d'antéversion ou d'antfléexion, situations de la matrice qu'on rencontre souvent liées à un état normal, pour des raisons qu'il n'y a pas lieu de développer ici. Au spéculum, on voit sortir de l'orifice du museau de tanche, un liquide visqueux ressemblant à de la glaire d'œuf, quelquefois parfaitement transparent, le plus ordinairement strié de pus ou complètement puriforme. Le museau de tanche présente une érosion superficielle ou plus profonde, occupant également ses deux lèvres, ou plus étendue sur l'une que sur l'autre, souvent granuleuse, mais s'étendant toujours dans l'intérieur de la cavité du col.

Le corps et le col ont conservé leur volume et leur consistance habituels, d'autrefois ils sont plus durs et plus volumineux, il y a engorgement de la matrice.

L'inflammation, après avoir débuté par la membrane interne en engendrant une sécrétion muco-purulente, s'est propagée au tissu musculaire et a entraîné cet engorgement, lequel, du reste, mais beaucoup plus rarement, peut se montrer indépendamment de toute endométrite, de toute sécrétion morbide et de toute ulcération du col.

Les mêmes lésions peuvent, quoique très-exceptionnellement, se rencontrer chez des femmes vierges. On en relève quelques exemples dans la clinique thermale. Il y a donc lieu de les signaler ici.

Les femmes chez lesquelles nous supposons un tel état de l'utérus, survenu dans les conditions que nous avons exposées,

sont, du reste, exemptes de toute autre maladie : avant l'action des causes connues ou inconnues qui ont retenti sur l'utérus, elles jouissaient d'une santé parfaite ; aucune diathèse héréditaire ou acquise n'a imprimé son sceau sur leur organisme. Tout au plus à la suite de souffrances utérines longtemps négligées, longtemps méconnues dans leur signification ou dévorées dans le silence, ont-elles subi cette détérioration générale de la constitution qu'on a désignée, avec raison, sous le nom de *cachexie utérine*. Voilà, si je ne me trompe, dessinée à grands traits la physionomie de la métrite dans toute sa simplicité. C'est contre elle, qu'après l'insuccès relatif ou absolu des moyens ordinaires de traitement ou dans l'unique but de venir en aide à ceux-ci, il s'agit de diriger une médication hydrominérale.

Eh bien, c'est contre cette espèce de métrite, qu'une fois réalisées certaines conditions de température, de pratiques balnéaires, d'aménagement et de comfort des établissements, on peut dire que toutes les classes et la plupart des individualités thermales sont à peu près également recommandables. C'est elle que peuvent revendiquer, et que revendiquent à bon droit, les eaux *sulfurées calciques*, comme *Enghien (Seine-et-Oise), Allevard (Isère), ou la catégorie beaucoup plus nombreuse des *sulfurées sodiques*, parmi lesquelles se placent au premier rang *Saint-Sauveur (Basses-Pyrénées), les *Eaux chaudes (Basses-Pyrénées), *Cauterets (Hautes-Pyrénées), avec ses sources nombreuses à minéralisation d'activités diverses, *Bagnères de Luchon (Haute-Garonne) remarquable également par la richesse et la variété de ses sources, et le perfectionnement de ses installations hydro-thérapiques, *Ax (Ariége) qui offre aussi des sources nombreuses, de composition différente, Saint-Honoré (Nièvre), Bagnols (Lozère), *Aix (Savoie), Amélie-les-Bains (Pyrénées-Orientales), Le Vernet (Pyrénées-Orientales), Olette (Pyrénées-Orientales), Molitg (Pyrénées-Orientales), La Preste (Pyrénées-Orientales).

Les *sulfureuses et chlorurées sodiques mixtes* *d'Uriage (Isère), méritent d'être rapprochées des sulfurées sodiques.

Les *chlorurées sodiques bromo-iodurées* trouvent aussi leur ap-

propriation dans ces sortes de métrite, Ce sont des chlorurées sodiques fortes ou moyennes telles que *Kreusznach (Prusse) (1), Kissingen (Bavière), Nauheim (Hesse électorale). * Salins (Jura), *Salies de Béarn (Haute-Garonne), *Niederbronn (Bas-Rhin), *Lamotte (Isère), ces dernières remarquables par la quantité de matières organiques qu'elles renferment, ce qui les rend peut-être plus faciles à tolérer et d'une appropriation plus directe au traitement de la métrite. Bourbon-l'Archambault (Allier), Bourbonne (Haute-Marne) rendent également des services dans le traitement de la métrite. *Bourbon-Lancy (Haute Saône), chlorurée sodique faible, doit peut-être à sa basse minéralisation et à la présence d'abondantes substances organiques, sa réputation séculaire contre les maladies de femmes.

La médication *bicarbonatée sodique*, à notre point de vue, est représentée surtout par *Vichy (Allier) et Vals (Ardèche). Mais, tandis que le traitement des maladies utérines a pris à Vichy un grand développement, et a été l'objet des études des médecins qui y pratiquent, il semble avoir été jusqu'à présent négligé à Vals. Le défaut de thermalité des eaux de cette station, les rend, en effet, moins propres que celles de Vichy à une médication qui repose principalement sur la balnéation.

Le groupe, du reste, assez restreint des *eaux bicarbonatées et chlorurées sodiques mixtes*, s'est acquis une notoriété considérable dans la thérapeutique des organes génitaux de la femme. La station *d'Ems (Nassau) jouit d'une réputation européenne exagérée sur beaucoup de points. Il faut reconnaître qu'elle peut être remplacée par deux eaux françaises du même ordre : *Saint-Nectaire (Puy-de-Dôme) et surtout *Royat (Puy-de-Dôme).

---

(1) Comme membre de la Commission nommée à cet effet par la Société d'hydrologie médicale de Paris en 1871, nous avons contribué à déterminer quelles sont, dans chaque classe d'eaux minérales, les stations françaises qui peuvent être considérées comme équivalentes thérapeutiques de celles qu'on avait coutume de rechercher en Allemagne avant la guerre de 1870. Nous croyons cependant devoir indiquer ici quelques sources de l'empire allemand capables de rendre de réels services dans le traitement des affections utérines. C'est aux médecins et à leurs malades à prendre conseil pour guider leurs choix, et de ce qu'ils pourraient considérer comme des exigences médicales, et de leur patriotisme.

Quant à l'eau bicarbonatée et chlorurée sodique mixte et fortement arsénicale de La Bourboule (Puy-de-Dôme), elle répond dans cette médication à une indication spéciale.

Les eaux dites *indifférentes* (1) occupent une place importante dans la thérapeutique des organes pelviens.

Le rôle considérable que joue dans la pratique de ces sources la balnéation avec ses différents procédés, contribue sans doute pour une grande part aux succès qu'on y enregistre.

Ici se déroule une série de stations dont plusieurs jouissent d'une grande notoriété et dont quelques-unes ont l'avantage, pour certains cas, d'offrir dans leurs sources principales ou accessoires, une médication ferrugineuse. Citons *Néris (Allier, *Plombières (Vosges), *Bains (Vosges), *Luxeuil (Haute-Saône), *Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône), *Lamalou (Hérault), Dax (Landes), *Bagnères-de-Bigorre (Hautes-Pyrénées), *Ussat (Ariége), Tœplitz (Bohême), Gastein (Autriche).

Nous serions tenté d'ajouter à cette liste les eaux du Mont-Dore (Puy-de-Dôme), si dans une récente publication M. G. Richelot n'avait énergiquement réclamé pour elles un rang à part dans une classe nouvelle et encore fort restreinte qu'il s'agirait de créer, sous la dénomination d'eaux arsénicales.

(1) On désigne, en hydrologie, sous les dénominations d'eaux *indifférentes*, d'eaux *indéterminées* (Durand Fardel), d'eaux *inermes* (Gubler), d'eaux *amétallites* (Rotureau), d'eaux *faibles* (Dictionnaire des Eaux minérales), d'eaux *thermales simples* (Labat), des eaux à faible minéralisation, souvent à base calcique, dans lesquelles aucun élément minéralisateur ne l'emporte notablement sur les autres. Ces expressions, qui s'adressent à la constitution chimique de ces eaux, n'impliquent en aucune façon l'idée d'une infériorité thérapeutique. Leurs attributions sont différentes de celles qui appartiennent à des eaux à minéralisation supérieure. Ce n'est pas qu'il soit impossible d'assigner à chacune des eaux qui composent ce groupe une caractéristique chimique. Cette tentative a été faite dans des classifications qui prenaient la chimie pour base exclusive. Mais on peut dire qu'elle n'est pas profitable à la clinique. Elle force à dissocier et à rejeter dans des classes éloignées les unes des autres, dans les chlorurées sodiques, les sulfatées et carbonatées calciques, ou dans les sulfatées sodiques ou les ferrugineuses par exemple, des eaux minérales dont les applications thérapeutiques sont souvent fort analogues. L'usage des eaux indifférentes, lorsqu'elles sont opportunément appliquées, peut fournir des succès qu'on demanderait en vain, dans des cas déterminés, à des sources de minéralisation plus puissante et de type chimique mieux caractérisé.

Sans entrer dans le fond de la discussion que soulève l'opinion émise par M. Richelot, retenons seulement au point de vue qui nous intéresse, l'assertion du savant inspecteur du Mont-Dore, relative aux résultats favorables que donnent ces eaux dans certaines espèces de métrites que nous spécifierons plus loin.

II. *Métrite irritable.*—Si la métrite se présentait le plus ordinairement avec le caractère de simplicité que nous venons de supposer, le traitement hydro-minéral de cette affection serait, en résumé, assez facile, le choix des sources convenables ne présenterait pas grand embarras, puisque presque toutes les classes d'eaux minérales, viennent offrir leur contingent de stations où une thérapeutique bien dirigée. peut amener la guérison. Mais il s'en faut que le type que nous venons de présenter soit le plus fréquent. Dans beaucoup de cas l'inflammation utérine emprunte à des prédominances symptomatiques, à des complications diathésiques, une physionomie spéciale qui répond à des indications particulières.

La métrite à laquelle je demande la permission d'assigner le nom de métrite irritable est un des plus communs de ces types déviés de la métrite chronique.

C'est malheureusement aussi, un de ceux qui offrent le plus de difficultés pour le thérapeutiste, soit au point de vue de la source qui doit être recommandée, soit à celui de la manière dont l'eau doit être administrée.

Ce caractère de la métrite tient à des conditions diverses. Chez tels sujets, il relève de la manière dont l'organisme tout entier réagit contre les souffrances de l'utérus ; chez d'autres, du mode selon lequel la matrice enflammée elle-même, répond aux moindre sollicitations thérapeutiques ou à des excitations d'une autre nature, à la fatigue, par exemple. Dans certains cas, il constitue une modalité permanente de l'inflammation utérine, d'autres fois, il ne représente qu'une période de celle-ci, période initiale, le plus souvent, mais, toutefois, d'une durée assez variable. Certains symptômes sont plus spéciaux à cette forme de métrite. Au premier rang, parmi eux, figure la douleur tantôt continue, tantôt ne venant qu'aux approches de la période

menstruelle ou pendant les règles (dysménorrhée), les hémorrhagies et les phénomènes nerveux.

En résumé, les sujets atteints de métrite irritable présentent d'ordinaire la physionomie suivante :

Ce sont des femmes de constiution moyenne ou faible, de tempérament nerveux, plus rarement pléthorique. Les douleurs de bas ventre sont très-accentuées, leurs irradiations sont nombreuses et poignantes. Sous les influences les plus légères, elles s'exapèrent au point de faire penser à une propagation inflammatoire vers le péritoine, un examen attentif permet seul d'éviter une méprise. Ajoutons que chez ces malades, la séreuse abdominale peut être facilement compromise.

C'est chez elles qu'on voit de légères cautérisations au nitrate d'argent qui, d'ordinaire, ne provoquent que des douleurs d'intensité moyenne et de quelques heures, enfanter des douleurs très-vives, des coliques utérines qui se prolongent, nécessitent toujours une surveillance médicale attentive et quelquefois une intervention énergique. Ces douleurs spontanées ou provoquées. peuvent être en rapport avec des accidents inflammatoires généraux et locaux très-manifestes. Mais ceux-ci peuvent n'être guère appréciables, et on attribue ces sensations pénibles à des névralgies utérines, quoiqu'elles soient en réalité le résultat d'une inflammation utérine. Ce n'est pas d'ailleurs, que des névralgies variées par leur intensité, leur siége, leur tenacité fassent défaut dans cette forme. C'est ici qu'on les observe le plus souvent. Parmi elles, la névralgie lombaire occupe le premier rang. C'est encore dans la métrite irritable qu'on rencontre surtout les névralgies vulvaires, le vaginisme. Nous n'entendons parler ici que des névralgies réflexes. Les névralgies par compression se rattachent à d'autres formes d'engorgement utérin ou à d'autres lésions pelviennes.

Toutes ces douleurs s'exaspèrent à l'époque des règles, arrivent en général, à ce moment, à leur summum d'intensité, et constituent une des variétés les plus fréquentes de dysménorrhée, bien que celle-ci puisse se rencontrer dans d'autres formes de métrite, et même en l'absence d'une métrite caractérisée.

Les hémorrhagies accompagnent volontiers la douleur ; volontiers aussi, elles la suivent dans ses variations, augmentant ou diminuant avec elle.

Dans certains cas cependant, après un certain temps du moins, l'hémorrhagie qui peut être plus ou moins abondante, amener ou non l'expulsion de caillots, se faire en dehors de l'époque menstruelle (métrorrhagie), ou au moment des règles (ménorrhagie), continue après que la douleur a cédé. Elle a été comme la crise du mouvement fluxionnaire qui engendrait la douleur et a détruit celle-ci. Les femmes, qui s'en sentent soulagées, ne se hâtent pas de l'arrêter, et ce ne peut être qu'en interrogeant avec soin les antécédents des malades qu'on parvient à saisir la signification de ces pertes qui pourraient être considérées au détriment du traitement, comme des hémorrhagies passives, alors qu'elles ont une signification différente.

Les malades affectées de métrite chronique sont d'ordinaire apyrétiques ; celles qui sont atteintes de métrite irritable rentrent sous cette loi, dans les conditions ordinaires de leur existence ; mais la facilité avec laquelle, sous les influences les plus légères, elles prennent de la fièvre, fièvre modérée en général, en même temps que surviennent les phénomènes douloureux et fluxionnaires, est également un des traits saillants de cette espèce de métrite.

C'est encore chez les malades de cette catégorie que se montrent de préférence les accidents nerveux généralisés. Ce n'est point ici le lieu d'entrer dans une discussion théorique sur la nature de l'hystérie. Qu'il nous suffise de dire que cette grande névrose, qui souvent a ses racines dans l'organisation de l'individu ou de ses ascendants, est considérée par nous comme relevant bien plutôt d'influences morales et intellectuelles que de causes somatiques. Que l'hystérie ait parfois pour point de départ apparent une maladie de matrice, nous l'accordons, mais cela est exceptionnel. Nous entendons parler de l'hystérie complétément caractérisée.

Or de celle-ci nous ne croyons point devoir nous occuper, d'autant moins que l'hystérie, si ce n'est dans quelques-unes de

ses manifestations, n'est guère tributaire de la médication thermale qui se montre généralement assez impuissante contre elle. Tout autrement en est-il de ces manifestations nerveuses moins accentuées, plus vagues, plus disséminées qu'on désigne sous le nom d'état nerveux, de nervosisme, d'hystéricisme, de vapeurs, se traduisant surtout par des viscéralgies variées et fugaces, par de la tendance à la tristesse, aux bizarreries de caractère, par de l'inaptitude au travail, mais sans ces aberrations du sens moral et de l'intelligence qui appartiennent à l'hystérie, contre ce dernier groupe des troubles d'origine utérine, le traitement hydro-minéral est doué, au contraire, de vertus effectives.

C'est dans la métrite irritable surtout qu'il faut être sévère dans le choix d'une station. Autant nous nous sommes montré facile sur ce point dans la métrite simple, autant nous devenons exclusif dans celui de la métrite qui nous occupe.

En thèse générale, les eaux très-actives doivent être laissées de côté. Il y a à faire à cette règle quelques exceptions, nous les indiquerons avec les raisons qui nous semblent les justifier.

C'est aussi dans cette espèce d'inflammation de l'utérus qu'il faut s'abstenir de ces pratiques hydriatriques qui peuvent être excitantes pour les organes pelviens, ou tout au moins qu'il faut les surveiller avec le plus grand soin. Cette recommandation est particulièrement relative aux douches locales.

(A suivre.)

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE

SUR L'UTÉRUS SAIN, MALADE OU GRAVIDE (1).

Par le Dr Edouard Burdel,
Médecin de l'hôpital de Vierzon.

(2e article.)

La solution d'une question semblable à celle qui fait le sujet de ce chapitre ne peut vraiment être éclairée et résolue que par l'observation, j'ajoute par l'observation sérieuse, loyale et surtout pratique. Car n'est-ce pas souvent se tromper à bon escient

(1) Voir t. I, p. 437.

que d'accepter, comme interprétation de faits pathologiques, ce que l'on nous fait voir dans le laboratoire, dans les cornues, même sur le champ du microscope, ainsi que certaines expérimentations faites dans les amphithéâtres sur l'espèce animale. Non pas que je veuille nier d'une manière absolue leur heureuse et souvent utile intervention, mais je veux dire que plus d'une fois elle a conduit à l'erreur, l'entretenant même lorsque, par des expérimentations faussement interpretées, on a voulu assimiler un fait physiologique et pathologique à des conditions physiques et chimiques développées dans le laboratoire.

Ainsi, parce que dans ces derniers temps on a introduit, dans l'estomac du veau, du putrilage ou du hachis de poumons farcis de tubercules ; a-t-on prouvé, en raison de ce fait, que chez l'homme la tuberculose est inoculable et transmissible par des moyens analogues ? Non certainement, et nous pensons que tout praticien sensé aura fait bon marché de cette manière de prouver un fait pathologique. Pourra-t-on nourrir pendant longtemps des herbivores avec un hachis de viandes (même saines) sans provoquer chez eux des troubles morbides qui ne seront certainement dus qu'à cette alimentation contre nature? laquelle, devient toxique et provoque soit un processus tuberculeux et le développement de leucocythes multiples, disséminés en abcès plus ou moins concrets. Et il en sera certainement de même, si l'on veut nourrir exclusivement des carnivores avec des herbes pilées et hachées ; des diarrhées coliquatives surviendront, qui entraîneront avec elles les mêmes dégénérescences morbides.

Tous ces faits sont tellement contre nature, que nous n'y insistons que pour mettre au même rang les tentatives de ceux qui veulent démontrer l'action abortive de la quinine, parce qu'ils auront administré ce sel alcaloïde à une chienne en gestation. Parce que la quinine est un médicament héroïque et souverain chez l'homme, il ne doit pas s'ensuivre que ce même médicament déterminera, chez des animaux sains, des actions physiologiques et thérapeutiques toujours les mêmes que chez le premier; encore une fois non, car la quinine donnée à haute dose dans certaines espèces animales devient poison

chez eux et détermine le plus souvent des effets toxiques très-marqués ; et doit-on s'étonner si la quinine trouble en cette qualité l'état physiologique d'une chienne en gestation. Donnez du calomel, et ce sera pis encore.

Aussi, n'est-ce pas par ces moyens que nous devons chercher la solution de cette question; nous la chercherons dans notre espèce, et nous la trouverons dans l'observation prise sur un très-grand nombre de femmes, étudiées sous les aspects les plus divers. — Je viens déjà de transcrire une observation prise au milieu de cent autres de la même catégorie, tendant à montrer l'accès de fièvre intermittente provoquant directement l'avortement; j'aurais pu en citer un plus grand nombre encore, mais leur répétition serait peut-être fastidieuse sans prouver davantage.— Je préfère, pour l'instant, tirer des ouvrages de MM. les docteurs Duboué (de Pau), Bérenguier (de Rabastens), Colin, professeur au Val-de-Grâce, quelques extraits d'observations analogues; mais avant tout, montrons avec quelle unanimité les praticiens sérieux des pays palustres ont depuis longtemps affirmé, combien sont fréquents les avortements par les fièvres intermittentes dans ces pays.

« Il convient de se rappeler, dit le Dr Colin (*Traité des fièvres intermittentes*), que la fièvre paludéenne a une action bien autrement dangereuse que la quinine sur les femmes enceintes, et que c'est surtout à cette intoxication que l'on doit, dans les pays à fièvre, attribuer la fréquence des avortements. Non-seulement, la grossesse prédispose aux manifestations aigües de l'intoxication palustre, mais l'ébranlement nerveux et l'hémorrhagie succédant à l'accouchement aggravent encore cette prédisposition, et, dans les pays à fièvre, l'état puerpéral est une des conditions dans lesquelles au lieu de repousser le fébrifuge, il y aura le plus souvent lieu de recourir à son action (p. 382 et 383).

« Je le répète encore, dit le Dr Bérenguier de Rabastens, *c'est la fièvre intermittente, et non le remède*, qui est funeste aux femmes enceintes, et il est à remarquer qu'Hippocrate, qui n'employait pas le quinquina, avait signalé l'avortement comme un accident très-fréquent dans les pays où règnent les fièvres quartes et les hydropisies » (page 199).

Et autre part (page 200) : « Les paroxysmes, par causes paludéennes ou par cause tellurique, occasionnent l'avortement; il s'ensuit, que si après l'administration de la quinine l'accès revient, l'accouchement prématuré peut avoir lieu, non parce que la femme a pris du sulfate de quinine, mais parce que l'accès est revenu. »

En voici un exemple : En octobre 1859, je prescrivis 80 centigrammes de sulfate de quinine à une femme grosse de sept mois et atteinte d'une fièvre tierce rebelle. L'accès revint. Je portai la dose de l'alcaloïde à 1 gramme. L'accès revint encore; mais cette fois-ci l'avortement s'effectua en deux ou trois douleurs pendant le stade de chaleur. Après cet accident, la malade fut guérie par la poudre de quinquina jaune, associée à une faible dose d'opium. — Mais si, par la propriété anti-périodique du sulfate de quinine, les retours de la fièvre sont interrompus; si l'accès ne revient pas, l'utérus conservera intact le produit de la conception, et le remède ne sera pas accusé d'exposer les femmes à l'avortement. Exemple : le 10 avril 1860, une jeune femme fut violemment admonestée par le commissaire de police au sujet de sa mésintelligence avec son mari ; elle était grosse de six mois ; elle en fut vivement émue et courroucée. Quelques heures après, elle fut prise d'éclampsie. Des bains, une saignée et des affusions froides sur le front font disparaître les désordres convulsifs, et le lendemain, à la même heure où l'attaque avait commencé la veille, c'est-à-dire à midi, la malade reperd subitement connaissance, sa figure devient vultueuse et convulsive, etc... Les mêmes moyens réussirent encore à dissiper tous ces symptômes effrayants ; mais encore une troisième fois tous les désordres recommencèrent à midi. La périodicité étant dès lors évidente, je prescris 1 gramme de sulfate de quinine dans une potion acidulée. Le lendemain les phénomènes éclamptiques se montrèrent deux heures plus tard, mais excessivement affaiblis. Un second gramme de quinine compléta la guérison de cette périodicité qui n'était rien moins qu'une fièvre pernicieuse. Pendant tout le cours de cette maladie, avant comme après l'administration du sulfate de quinine, le col est restée fermé, allongé et dur, et l'accouchement n'a eu

lieu que trois mois après, c'est-à-dire à son terme normal.

Je ne veux pas m'en tenir à ces citations pour prouver combien est fausse l'opinion qui s'était déjà, d'après Rayer, acréditée pour faire admettre l'action abortive de la quinine pendant la grossesse; et, comme le nom du Dr Duboué a été plusieurs fois prononcé dans la presse médicale, comme témoignage de l'action abortive de la quinine, et que l'on a faussement interpreté son opinion, je vais ajouter à ces citations une observation tirée de son ouvrage sur l'impaludisme, observation des plus curieuses et des plus concluantes à la fois, démontrant au contraire *la quinine neutralisant les efforts de l'avortement*, et *ramenant le calme dans la gestation*, non à cause de ses propriétés abortives, mais bien par son action élective sur les fibres musculaires lisses de l'utérus.

Il s'agit d'une jeune femme d'une vingtaine d'années qui, dans le courant de janvier 1864, se trouve prise de symptômes semblables à ceux de l'embarras gastrique, avec enduit épais et jaunâtre de la langue, cet état persistant longtemps donne l'éveil au Dr Duboué qui redoute l'impaludisme; « mais, de peur, dit-il; de compromettre une médication qui me rend tant de services, je n'ose me résoudre à employer le quinine qu'après quinze ou vingt jours d'attente, et encore ne le fais-je qu'avec une excessive réserve ; je me borne, en effet, à donner, deux jours de suite, une dose de 0,60 centigrammes, en tout 1 gr. 20. N'obtenant aucun résultat appréciable, je renonce à poursuivre un essai, dont je connais la parfaite innocuité, mais contre lequel semblent s'élever déjà les appréhensions de la famille.

« Cet état se prolongeant jusqu'au 15 ou 20 février, après avoir duré près de cinq semaines, je finis par croire que je m'étais trompé, je le crois surtout en voyant les règles manquer le 15 février, et en n'observant pas de nouveaux troubles dans la santé générale. Cette suppression me fait penser à un commencement de grossesse, et je me demande si celle-ci ne serait pas antérieure à la suppression menstruelle en question et n'expliquerait pas ainsi l'apparition de cet enduit saburral et des troubles boulimiques qui avaient été notés.

« Je me borne donc à observer, et je ne tarde pas à constater

de nouveaux signes de grossesse, tels que l'apparition de vomissements, de certains dégoûts alimentaires, et d'autres troubles digestifs, etc... Tout va pour le mieux jusqu'aux derniers jours d'avril; la grossesse, jusque-là, avait suivi son cours régulier, lorsque, sans cause connue, sans aucune imprudence commise, cette jeune femme est prise de tous les signes avant-coureurs, je dirai presque imminents, d'une fausse couche; perte utérine assez abondante, douleurs lombaires et abdominales, principalement au bas-ventre, se succédant à des intervalles de moins en moins éloignés, révélant, en un mot, tous les caractères des douleurs utérines, etc.

« Comme il n'est pas possible de m'assurer de l'état du col, je ne saurais dire exactement à quel point la fausse couche a été menaçante; mais, si j'en juge par les phénomènes extérieurs, l'abondance de la perte, l'intensité, le rapprochement des douleurs utérines, j'ose pouvoir dire qu'il est peu d'avortements arrivés à ce degré qu'on parvienne à arrêter. Quoi qu'il en soit, j'ai combattu ces accidents et j'ai réussi à les conjurer par l'emploi des moyens ordinaires, repos au lit pendant trois semaines, lavements laudanisés, etc.

« Cette fois encore je me suis demandé bien des fois si cette congestion interne qui avait failli provoquer l'avortement n'était pas sous la dépendance *d'un état palustre* insolite, et l'on verra dans la suite que je pouvais me poser cette question sans trop d'étrangeté.

« Mais je ne m'arrête pas plus longtemps à cette supposition, malgré une certaine intermittence accompagnée de chaleur des mains, insomnie, etc.; lorsque, du 15 au 22, notre malade est prise de quelques frissons irréguliers, suivis d'une chaleur générale, perte d'appétit, rêves pénibles: à ma visite (le 22) je constate déjà un commencement de travail, effacement complet du col, contractions énergiques de la matrice, se montrant à des intervalles de dix à quinze minutes, s'accompagnant de douleurs dans l'abdomen, les reins, et apparition de quelques glaires sanguinolentes, etc. Mais, en me guidant sur le développement de l'utérus, sur l'apparition des dernières règles (10 janvier), je juge que c'est là un travail pré-

maturé et que la grossesse doit être à peine arrivée à la fin du huitième mois.

« En voyant, d'autre part, une *fièvre rémittente* bien accusée, en constatant surtout cet état sur une femme chez laquelle j'avais cru, à deux autres reprises et pendant la même grossesse, à l'existence d'une *affection palustre*, j'attribue cette fois ce travail anticipé à l'action de cette cause. Je prescris donc un repos absolu, ainsi que je l'avais déjà fait au huitième mois de la grossesse, et j'administre 0,75 centigrammes de sulfate de quinine en cinq pilules. — *Et pour qu'il n'y ait pas le moindre doute sur l'effet de cette médication,* je l'administre seul, sans recourir au quart des lavements opiacés dont j'avais fait usage antérieurement.

« Sous l'influence de cette médication, continuée sans interruption pendant toute une semaine, je vois non-seulement le travail s'arrêter, mais encore le sommeil et l'appétit revenir, la fièvre disparaître avec les cauchemars ; j'observe en un mot le changement le plus complet dans la santé générale. C'est au point que notre malade peut sortir le 3 octobre suivant ; c'est-à-dire douze jours après le travail d'accouchement dont j'ai déjà parlé.

« A partir du 1er octobre, ajoute le Dr Duboué, je n'ai plus donné que deux fois une dose de 0,60 centigrammes de sulfate de quinine à jour passé, puis une autre fois la même dose le 9 octobre, et j'ai discontinué le traitement, en raison d'*une particularité* que je n'ai jamais notée dans des circonstances semblables. Chaque fois que notre malade venait de prendre du sulfate de quinine, elle éprouvait pendant une demi-heure ou un quart d'heure, quelques douleurs dans le bas-ventre, douleurs paraissant siéger dans l'utérus et s'accompagnant surtout les premiers jours, *de véritables contractions intermittentes de cet organe.*

« Cet effet s'étant produit chaque fois que le sel fébrifuge était administré, je ne puis pas croire à une simple coïncidence ; seulement à mesure que cette jeune femme reprenait des forces, ces contractions avaient de moins en moins de durée et d'énergie. — La grossesse a continué sans le moindre accident, jus-

qu'à la fin d'octobre, et l'accouchement n'a eu lieu que le 26, près de cinq semaines après le début de la fièvre rémittente. Pour compléter cette observation intéressante, je dirai que la fièvre rémittente a reparu quatre jours après l'accouchement, et qu'elle cède cette fois à un traitement convenablement approprié. »

N'est-il pas évident que si la quinine eût possédé des propriétés abortives, comme on veut le dire, elle eût précipité l'accouchement, et cela d'autant plus facilement, qu'avant même d'administrer le sel fébrifuge, l'avortement se préparaît et marchait à grands pas. Tandis qu'au contraire, sous l'influence de l'alcaloïde, et rien que par lui, tous les désordres organiques se sont apaisés, tout est rentré dans le calme.

Si nous nions les propriétés abortives accordées à la quinine, nous sommes loin de nier son action spéciale, son action élective, non pas seulement sur l'utérus, mais sur les fibres musculaires lisses de l'économie tout entière. Ce que l'on ne peut contester, c'est la contraction des capillaires sanguins, d'où diminution dans l'afflux sanguin et ses conséquences. La quinine, en un mot, agit spécialement sur les nerfs vaso-moteurs par l'arbre céphalo-rachidien : c'est l'agent névro-sthénique par excellence.

(A suivre.)

REVUE GÉNÉRALE

DE L'IMPERFORATION DE L'HYMEN

AU POINT DE VUE CLINIQUE ET OPÉRATOIRE (1).

(Suite et fin.)

Toutefois, lorsque les accidents de rétention menstruelle sont portés à leur maximum d'intensité, on doit agir, tout en employant et le toucher rectal et le palper abdominal, avec les plus grandes précautions, éviter de malaxer cette masse sanguine et ne lui imprimer que les ébranlements les plus limités possible, de peur d'augmenter les désordres qui sont déjà si pro-

(1) Voir t. I, page 345.

noncés et de provoquer, un épanchement et par suite des phénomènes de péritonite.

La *quantité* de liquide retenu dans les organes génitaux est naturellement en rapport avec le nombre plus ou moins grand de mois ou d'années pendant lequel se sont effectuées les poussées cataméniales : elle varie de quelques onces à plusieurs litres : dans l'exemple relaté plus loin de M. Pirotais elle a pu être évaluée à 6 litres : dans celui de M. Lane (1), qui a trait à une jeune femme de 35 ans dont l'utérus était distendu par le sang menstruel depuis de nombreuses années, l'incision de l'hymen donna issue à plus de 13 litres 1/2 de liquide.

Généralement, ce liquide est de *couleur* foncée, roux, brun ou noir, plus ou moins épais, poisseux, visqueux, sirupeux, sans caillot, quelquefois grumeleux et caillebotté, comparable comme consistance à celle d'une crême au chocolat un peu fluide (Gosselin), au méconium, à de la lie de vin (Mauriceau), au kermès minéral (Perrin), à une véritable boue splénique (Pirotais), à une bouillie fine et déliée, presque toujours *complètement inodore*; dans le fait rapporté par M. Roziès, en peu de temps, une cuvette fut remplie de sang noir, à demi solide exhalant une odeur *si infecte* qu'on dut renouveler immédiatement l'air de la chambre.

M. Hervez de Chégoin a retiré plus d'une pinte d'un sang roux et filant chez une jeune fille de 16 ans dont l'hymen était imperforé : il n'y avait que dix-huit mois seulement, qu'elle avait éprouvé les premiers symptômes de l'apparition des règles.

Enfin, on a vu dans plusieurs cas, chez des jeunes personnes non encore réglées, l'hymen repoussé et distendu, non pas par du sang, mais par des mucosités venant du col utérin ; il faut, en pareille circonstance, se hâter d'opérer, si on est prévenu, et si on a pu se livrer à un examen approfondi de la région.

Le temps pendant lequel le fluide menstruel s'accumule dans les organes génitaux sans déterminer les graves accidents qui exigent une intervention impérieuse dépend de la quantité de ce

(1) Dublin Medical Press, 1er semestre 1844 et Gaz. méd. de Paris, 2e série, t. IX, p. 663, 1841.

liquide, et varie de 3 ou 4 mois à plusieurs années. Chez la malade que nous avons observée dans le service de M. Tillaux, les troubles remontaient à deux ans, mais n'avaient pris un caractère inquiétant que depuis quelques mois. Dans l'observation suivante, le refus obstiné de la malade à se laisser examiner, n'avait amené le chirurgien à découvrir la cause de l'aménorrhée qu'au bout de quatre années seulement.

Imperforation de l'hymen, rétention des règles, accidents généraux graves (Dr Pirotais). *Gazette des Hôpitaux*, mai, 1873. — Mlle X., de Tremblay, vient chez la femme d'un ancien confrère pour y recevoir mes soins. Agée de 21 ans, elle est ischémique et lymphatique.

Depuis quatre ans, elle suit un traitement tonique qui aggrave son état, plus qu'il ne l'améliore. Elle n'a jamais été menstruée; les soins des confrères ont tous été dirigés dans ce but.

Elle nous raconte qu'elle éprouve chaque mois de vives douleurs dans l'abdomen, aux lombes et aux parties génitales, depuis quatre ans ; qu'alors la miction est difficile, le ventre endolori, dur et volumineux, surtout dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, cette jeune fille présente, en effet, une tumeur arrondie, bien circonscrite, douloureuse, rénitente, et s'aplatissant à la pression. Les liniments calmants et les émollients sont plus douloureux qu'efficaces.

Quelle est la nature de cette tumeur? Elle est hématique. Mais, est-ce un kyste ovarique; une hématocèle rétro-utérine ou un hématome produit par imperforation?

Je trouve qu'elle a assez pris de ferrugineux pour être examinée complètement. Par pudeur, refus obstiné.

Le 7 janvier, je suis de nouveau appelé. Elle est en proie aux plus vives douleurs, elles irradient dans les lombes, dans l'abdomen. Les traits sont crispés; l'anxiété extrême. J'insiste et j'explore... Les grandes lèvres sont entr'ouvertes; une saillie convexe y proémine; distension du ventre.

La tumeur s'élève au-dessus de l'ombilic, fluctuante et bien limitée, ayant pour compagne la vessie pleine et la matrice faisant saillie à gauche. Strangurie et douleurs atroces. J'in-

cise l'hymen dans une étendue de 0m03, et le liquide sanguin, véritable boue splénique, s'écoule en nappe. La quantité peut être évaluée à *six litres*.

Le vaste hématome droit disparaît; la vessie se vide involontairement pendant l'écoulement; l'utérus reprend son volume.

Le 8. La jeune opérée va bien, appétit et sommeil; pas de fièvre. L'écoulement continue.

Le 9. Amélioration croissante. Injections émollientes, qu'elle fait les jours suivants.

Le 15. Le liquide est épais et purulent.

Je pratique *une trop forte injection qui est suivie, une heure après, de violentes coliques et de vomissements*.

Je prescris une potion à deux grammes de chloroforme, et 55 grammes de sirop thébaïque.

Le 16. La malade n'a pas dormi, malgré la dose; mais elle va mieux, je cesse par prudence toute injection.

Les 17, 18, 19. État satisfaisant.

Le 25. Retour dans sa famille.

Le 20 mars. Elle vient me voir. Elle a pris de l'embonpoint. Ses règles sont revenues normalement.

Règle générale, dans le cas d'imperforation de l'hymen, *il ne faut temporiser que le moins possible*, mais malheureusement, comme on a pu le voir par les divers exemples cités plus haut, ce n'est guère, à moins de circonstances exceptionnelles, qu'au moment où ce vice de conformation fait ressentir ses fâcheux effets, que l'on vient consulter, et bien souvent, ce n'est que lorsque ces conséquences sont portées à leur summum d'intensité, que la malade se décide à se soumettre à un examen permettant de porter un diagnostic complet. Le chirurgien doit agir, à notre avis, dès qu'il a constaté la malformation, et ne jamais compter sur l'éventualité d'une rupture spontanée de la membrane hymen, presque toujours hypertrophiée : un fait de ce genre, a pourtant été observé par M. Laffite (de Marimont) (1).

(1) Revue thérapeutique du Midi, Gazette médicale de Montpellier, dirigée par L. Saurel, t. X (2e série, t. VII) p. 43, 1856.

Certains auteurs vont jusqu'à dire que parfois les malades cessant d'être réglées, on pouvait observer une ménopause prématurée, et une guérison complète : j'avoue qu'il est assez dangereux de se fier à ce genre de guérison fort problématique, ou en tout cas extrêmement rare, et qu'il est toujours indiqué d'intervenir le plus promptement possible, sans attendre que la distension des organes génitaux par le sang vous oblige à ne plus différer un seul instant : en effet, il y a toujours à craindre une rupture de l'hématome, soit dans la vessie, qui est elle-même, la plupart du temps, considérablement dilatée par l'urine, soit dans le rectum, soit même dans le péritoine.

Deux cas principaux peuvent se présenter, au point de vue de la thérapeutique :

Ou bien, l'imperforation de l'hymen, n'a pas été suivie des troubles sus-indiqués, ou tout au moins, ces accidents ont été peu prononcés : il suffit alors, pour rendre à la vulve sa configuration normale, et pour prévenir l'accumulation ultérieure d'une plus grande quantité de sang, de pratiquer une légère perte de substance à la membrane oblitérante, et d'empêcher la cicatrisation trop prompte des lèvres de la plaie : pour pratiquer cette opération extrêmement simple, on saisira l'hymen, soit avec des pinces à griffes, soit mieux avec un ténaculum, et après l'avoir incisé crucialement, on aura soin d'exciser les quatre angles de réunion, de façon prévenir la récidive de la malformation.

Ou bien, l'accumulation du sang est considérable, et les phénomènes de distension qu'elle détermine sont très-prononcés : c'est en pareille circonstance surtout, que l'intervention chirurgicale est extrêmement urgente. Donner issue au liquide et corriger la difformité, telles sont les deux indications à remplir, et qui nécessitent l'une et l'autre, selon nous, quelques précautions importantes sur lesquelles nous voulons appeler ici l'attention des chirurgiens.

1er *temps : donner issue au liquide.* On plonge généralement un bistouri au centre, c'est-à-dire, au niveau de la partie la plus proéminente de la tumeur, et on incise, dans le sens antéro-postérieur, et suivant le grand axe de la vulve, cette cloison formée, le plus souvent d'une muqueuse doublée à sa

partie profonde d'une membrane fibreuse : presque toujours un jet, ou plutôt un flot de liquide s'échappe immédiatement, et avec d'autant plus de force, qu'une contraction utérine vient lui communiquer une nouvelle impulsion; tantôt il s'écoule simplement en nappe. Il n'est pas rare de voir survenir une syncope. Mais, à cette simple ouverture suivie d'incision, doit se borner tout le manuel opératoire: ainsi on se gardera bien d'exercer sur l'abdomen, dans le but de hâter l'évacuation du liquide, une compression qui pourrait avoir le danger d'en faire refluer une partie dans la grande séreuse, ou de provoquer un vide aspirateur bien nuisible ; et à moins d'indication spéciale, c'est-à-dire d'inflammation de ce vaste hématome, de suppuration, de putridité qu'il faudra évidemment combattre avec les antiseptiques, on n'aura pas recours aux injections détersives beaucoup trop souvent employées, à notre avis, et dont quelques gouttes pénétrant par les trompes dilatées pourraient être une cause de péritonite. On évitera surtout, s'il est indiqué de les employer, de les pousser avec trop de violence, comme le chirurgien l'a fait, d'une façon téméraire, dans une observation rapportée plus haut.

Il est indispensable, avant tout, de laisser la nature agir seule, d'abandonner l'expulsion de la petite quantité de liquide qui reste encore dans l'utérus, à la contraction lente et naturelle de cet organe, et de ne pas trop s'attacher à vider le tout dans une séance.

L'incision de l'hymen, qui est fortement repoussé en avant, n'offre par elle-même aucun danger, cependant, le professeur Erichsen (1) rapporte qu'il a vu un cas, dans lequel l'urèthre avait été fendu en long par le chirurgien, qui avait ponctionné et incisé la membrane distendue par le sang.

Toutefois, les suites de l'opération simple, nécessitée par ce vice de conformation, et les troubles que ce dernier entraîne avec lui sont loin d'être toujours aussi bénins que nous l'observons dans cinq ou six des cas mentionnés dans cette revue. Ainsi

---

(1) The Science of Surgery : Diseases of the female genital organs, t II, p. 793.

de Haen, cité par Boyer, a vu survenir, après l'incison de cette membrane, des signes d'inflammation du bas-ventre très-manifestes : ce sont là, du reste des craintes que l'on doit toujours avoir présentes à l'esprit, lorsque l'on met un foyer sanguin, *représenté ici par toute la face interne des organes génitaux profonds*, en contact avec l'air extérieur. M. Erichsen (1) dit aussi que la suppuration de cette cavité, et la péritonite qui en est la conséquence, entraînent parfois la mort des malades. Enfin, M. Verneuil (2) et M. Bernutz, dans des travaux différents, ont relaté des exemples d'accidents funestes, ayant eu pour origine l'imperforation de l'hymen.

En raison de l'appréhension qu'on a toujours de voir survenir soit une suppuration, soit une fétidité des liquides contenus encore dans la poche, par le fait de leur contact avec l'air, ne pourrait-on pas, avons-nous dit dans notre revue chirurgicale de l'*Union Médicale*, comme surcroît de précaution, et au lieu d'ouvrir largement de prime abord ce kyste sanguin, avoir recours à la *seringue aspiratrice*, armée de son trocart le plus volumineux? Ce qui nous avait fait émettre cette idée, c'est que dans bien des exemples de cette nature, le sang qui s'est échappé était assez liquide, fort peu mêlé de grumeaux, et aurait pu être aspiré avec assez de facilité. Une fois que le liquide serait évacué, sans qu'il y ait de communication avec l'extérieur, on attendrait quelques jours, c'est-à-dire que toute chance d'accident abdominal ait disparu, pour faire le deuxième temps de l'opération, à savoir l'incision et l'excision de l'hymen. M. le Dr Vidal de Grasse (3), a bien voulu, à ce sujet, nous adresser tout récemment, un fait très-intéressant qui s'est offert à lui en 1871 et dans lequel cette manière d'agir lui a donné un plein succès : il n'avait même employé pour faire l'évacuation que la *plus petite aiguille* de la boîte de Dieulafoy. Voici le cas :

« Une dame, dit M. Vidal, vint me raconter que sa fille, âgée « de 16 ans, parfaitement constituée, grande, forte, n'avait pas

(1) *Loco citato*, page 793.
(2) Union médicale, t. 19, 2e série, p. 615.
(3) Union médicale, 26 février 1874.

« ses règles, qu'elle lui avait donné toute espèce de remèdes « pour en favoriser l'apparition, et que, enfin, son enfant souf- « frait tellement du ventre, devenu dur et volumineux, qu'elle « se décidait à me la confier.

« La jeune fille avait, en effet, l'abdomen tellement développé « que l'on aurait pu croire à l'existence d'une grossesse fort « avancée, mais en voyant saillir de la vulve une tumeur grosse « comme un œuf, bleuâtre, obturant entièrement l'entrée du « vagin, et ne laissant voir aucune séparation entre elle et les « parois de ce conduit, il me fut impossible de ne pas savoir à « quoi j'avais affaire.

« Ma première pensée fut de fendre largement cette tumeur, « mais mon confrère, M. le Dr Ollivier, que j'appelai en consul- « tation, sachant que j'étais possesseur d'un aspirateur de Dieu- « lafoy, émit l'avis fort sage que nous devions d'abord affaisser « progressivement cette tumeur en empêchant l'entrée de l'air, « double avantage que ne pouvait manquer de nous procurer « l'instrument en question. Je ponctionnai, en effet, la partie « inférieure de l'hymen imperforé, tout près de la fourchette, « avec *la plus petite aiguille* de la boîte de Dieulafoy. J'aspirai « ensuite 1,400 grammes de sang sirupeux, n'exhalant pas la « moindre odeur, et se précipitant dans la seringue de l'appareil « avec la plus grande facilité. On voyait le ventre diminuer « de volume à vue d'œil, et l'utérus, qui atteignait presque le « nombril, descendit au niveau du pubis.

« Quelques jours après, j'enlevai avec des ciseaux courbes, un « lambeau de membrane obturatrice, et il sortit des voies géni- « tales environ un kilogramme de caillots de sang sirupeux, « quelques injections furent faites, et, au bout de peu de jours « tout était rentré dans l'état normal. Les règles ont suivi, depuis, « leur cours ordinaire et la jeune fille est bonne à marier sous « tous les rapports. »

2e *temps. Corriger la difformité.* — La première indication remplie, il faut rendre à l'ouverture vaginale une configuration en rapport avec les besoins ultérieurs de cet organe; il est reconnu aujourd'hui que bien souvent une simple incision antéro-posté-

rieure est suivie du retour du vice de conformation, par suite de la réunion immédiate des lèvres de la plaie : aussi, est-il indiqué, après incision unique ou incision cruciale, d'exciser les lèvres ou les angles de la solution de continuité ; cette mesure, adoptée et préconisée par Celse, nous paraît logique, indispensable même, et devra être suivie par tous les praticiens qui voudront éviter la récidive des accidents pour lesquels ils auront été consultés : aussi, nous séparons-nous complètement, sous ce rapport, des préceptes qui ont été posés, par M. le Dr Perrin, dans les réflexions dont il fait suivre la lecture de ses deux observations d'imperforation de l'hymen, à la société de médecine de Paris (1). « Dans l'immense majorité des cas, dit « cet auteur, une simple incision suivant le grand axe de la « vulve devra suffire : ceux qui ont conseillé une incision cru- « ciale ou en étoile, et surtout d'enlever les angles libres de « l'incision, *n'ont vraisemblement jamais pratiqué cette opération,* « *car elle est tout bonnement impossible* dans les conditions de « rapidité et d'instantanéité dans lesquelles ont lieu l'évacua- « tion du liquide sanguin et la reconstitution, au point de vue « de la forme régulière des différentes parties de la vulve. » Cette excision des lèvres ou angles de la plaie est au contraire extrêmement facile à pratiquer, on n'a qu'à attendre que l'écoulement du liquide se soit ralenti, ou même, n'y avoir recours que plusieurs jours après, surtout si on n'a opéré tout d'abord qu'avec le trocart. L'incision combinée à l'excision est du reste la méthode adoptée par la plupart des chirurgiens : elle ne met pas, il est vrai, à l'abri des complications inflammatoires, dit M. Puech, mais elle ouvre de suite une large voie et ne nécessite pas des opérations consécutives.

De plus, les jours suivants, il faut veiller à ce que l'ouverture ne se referme pas, moins par l'introduction de mèches permanentes qui empêchent l'issue ultérieure du liquide, que par celle d'une bougie temporaire ou de l'extrémité du doigt comme l'a fait M. Tillaux, et comme M. Verneuil l'a conseillé dans un cas d'oblitération cicatricielle du vagin avec rétention des

(1) *Loco citato.*

règles (1). Si on néglige de faire suivre cette incision de l'excision des lèvres de la plaie et si on abandonne cet orifice nouveau complètement à lui-même, on risquerait bien de voir se reproduire la déformation : en voici un exemple qui s'est effectué dans des circonstances exceptionnelles et quelque peu obscures.

Rétention du fluide menstruel et rétention d'urine (Dr Foucard). Abeille médicale, mars 1873. — Jeune fille de 19 ans, rétention d'urine depuis vingt-quatre heures. M. Foucard est appelé, il constate que la vessie est pleine de liquide et très-distendue, et comme il s'apprête à pratiquer le cathétérisme, il sent entre les deux grandes lèvres une tumeur volumineuse. Après examen, il reconnaît que l'hymen est imperforé et que la tumeur est due à une accumulation de sang menstruel derrière l'obstacle.

Il vide la vessie et fait à l'hymen une *incision verticale*, qui donne issue à un flot de sang liquide et inodore.

La rétention d'urine ne se produisit plus depuis, mais la jeune fille se marie. Foucard est appelé pour le premier accouchement et reconnaît au toucher que les deux lèvres de l'incision se sont recollées, et que l'hymen est de nouveau sans ouverture. Les douleurs étant faibles, il s'absente pendant quelques heures, à son retour l'accouchement était terminé et la nature avait tout fait. Il n'y avait pas de déchirure à la vulve.

Dr GILLETTE.

---

(1) *Loco citato.*

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

SUR LES

PROGRÈS DE LA PATHOLOGIE PELVIENNE

PENDANT LES VINGT-CINQ DERNIÈRES ANNÉES (1).

Par Edward John Tilt

(Suite et fin.)

Je n'ai qu'à répéter ce que je disais, il y a vingt ans, relativement à l'épanchement du sang dans le péritoine aux époques menstruelles. Rappelez-vous combien il est fréquent de voir la pelvipéritonite obstruer l'extrémité libre des trompes et les fixer sur le plancher du bassin de manière à les empêcher de s'appliquer sur l'ovaire; rappelez-vous aussi que l'extrême congestion de l'ovaire est la condition essentielle de l'ovulation, et il sera pour vous, de toute évidence, qu'à l'époque des règles une certaine quantité de sang doit souvent tomber dans le péritoine,et s'accumuler dans l'un des culs-de-sac.Nous sommes autorisés à en admettre l'existence quand, après une période menstruelle plus ou moins pénible, nous trouvons par le toucher une obscure sensation de plénitude autour de la matrice sans douleur positive, avec un peu de tension et de tiraillement dans l'abdomen.

Un péritoine à peu près sain, absorbe sans difficulté une once ou deux de sang, la malade se rétablit promptement, et je pense que beaucoup des cas décrits par le Dr Barnes, dans St-Thoma's Hospital Records, rentraient dans cette catégorie ; qu'ils étaient voisins de l'hématocèle sans mériter positivement ce nom.

A moins que le sang ne soit enkysté par la péritonite, il n'y a pas d'hématocèle; et, de l'accord unanime des autorités, cette affection est aussi rare que la pelvipéritonite est fréquente.

(1) Voir dans le 1er volume les numéros d'avril, page 293, et juin, page 453.

PROPOSITION VII. — L'ovarite subaigue cause et prolonge souvent la métrite.

Nous avons déjà vu que la maladie peut s'étendre du vagin à l'utérus et de celui-ci à l'ovaire par l'intermédiaire de la trompe; mais la proposition ci-dessus est encore controversée, et c'est une question fort intéressante. Tandis que des médecins aussi opposés dans leurs vues que les Drs H. Bennet et West s'accordent pour rejeter mon opinion, des pathologistes non moins éminents se rangent à mon avis.

Pour ce qui est de l'action physiologique de l'ovaire, sur l'utérus, aux époques menstruelles, nous savons qu'elle est double. L'ovaire congestionne l'utérus au point de doubler presque son volume et le fait s'abaisser dans l'excavation. L'ovaire agit, certainement aussi, sur la muqueuse du corps de l'utérus, il en provoque d'abord la turgescence pendant la première partie des règles, puis l'exfoliation partielle. L'utérus des femmes mortes subitement pendant la période menstruelle a été décrit avec soin par plusieurs auteurs. Le Dr Graily Hewitt a vu 5 cas de ce genre, et bien qu'il admette l'existence d'une exfoliation partielle, il n'a rien vu de comparable au dépouillement complet de la muqueuse utérine que le Dr Tyler Smith a décrit dans son manuel d'obstétrique. Cela se voit cependant dans la dysménorrhée membraneuse que l'on regarde comme le résultat d'une action anormale de l'ovaire sur la matrice non enflammée, bien que cependant, la répétition fréquente de cet acte puisse amener dans l'utérus un état d'inflammation et de congestion permanente.

Il semble que l'ovaire enflammé ait en quelque sorte le pouvoir de congestionner l'utérus et de le prédisposer à ressentir l'influence des causes bien connues de la métrite. Je suis bien convaincu que certaines affections utérines prennent naissance en dehors de toute participation de l'ovaire, mais il m'arrive aussi fréquemment de trouver un état d'ovarite plus ou moins subaigu dans ces cas de métrite chronique dont il nous est si difficile d'obtenir et de maintenir la guérison. Des indices de cette opinion se rencontrent dans quelques auteurs anciens. Le

Dr Blundel la professait, dit-on, à l'hôpital de Guy, et le Dr Ashwell rappelle en la confirmant l'assertion du baron Portal qui disait avoir trouvé de l'ovarite ou un abcès de l'ovaire dans des cas où il s'attendait à rencontrer les lésions de l'inflammation utérine. J'ai fortement insisté sur ce point dans ma première édition.

Aran a pleinement confirmé mes assertions, et comme son livre est épuisé je vous en citerai les passages les plus intéressants à ce point de vue : « Ce serait, dit Aran, plus que de l'exagération que de rapporter au col de la matrice presque toutes les maladies qui ont leur origine dans les diverses parties constituantes de l'appareil sexuel. Il est incontestable que la lésion de l'utérus est souvent secondaire et insignifiante, tandis que des désordres plus importants se développent dans l'ovaire. Il est absolument nécessaire de restituer à l'ovaire l'importance pathologique qu'il mérite et qu'il aurait toujours eue si la difficulté de constater ses lésions n'était pas si grande. . . . . . . Depuis que j'ai examiné avec soin les malades, et recherché dans toutes les autopsies l'état des ovaires, j'ai été étonné de la fréquence de l'ovarite, seule ou associée à la métrite chronique. C'est la persistance de l'ovarite qui m'a fait comprendre pourquoi les malades souffraient encore après la guérison de l'affection utérine. » Il dit aussi page 584 : « Je n'ai jamais trouvé l'ovarite chronique sans qu'il y eût simultanément inflammation de la mnqueuse utérine et ulcération du col, principalement chez des jeunes femmes et chez d'autres qui n'avaient pas eu de grossesses. On supposait que ces femmes ne souffraient que d'une affection du col, mais celle-ci était entretenue par l'ovarite chronique. »

Dans sa conclusion, page 602, il ajoute : « Je n'hésite pas à dire que, dans un certain nombre de cas de maladies utérines, les plus douloureuses étaient associées à un état d'ovarite chronique, fait qui, jusqu'à présent, avait passé inaperçu. »

A peine ai-je besoin de dire que si Aran avait pris la peine de se reporter à mes deux premières éditions, il aurait vu qu'il ne faisait que confirmer ce que j'avais longtemps soutenu.

Ecrivant en 1860 sur la fréquence des altérations des annexes

de l'utérus dans les affections dites utérines, le Dr Siredey, médecin des hôpitaux de Paris, défend les mêmes idées ; de même aussi le Dr Gallard dans l'ouvrage cité. On peut trouver des preuves additionnelles de la coïncidence fréquente des inflammations utérine et ovarienne, dans la quatrième édition de l'ouvrage du Dr Bennet sur l'inflammation utérine. A la fin de cet ouvrage se trouve une lettre adressée au Dr Duncan Stewart par Madoosudun Coopta, dans laquelle notre confrère indien donne des détails sur l'état des organes sexuels dans 50 autopsies de femmes hindoues mortes de différentes maladies. Sur 18 cas, où l'on constata l'inflammation et l'ulcération du col, treize fois, on trouva les ovaires et les oviductes enflammés. Illustré par l'expérience clinique d'Aran, de Bernutz et par la mienne propre, ce document a une valeur considérable. Mais, pour élucider complètement cette question, il faudrait une vaste expérience nosocomiale et un grand nombre d'autopsies.

Proposition VIII. — L'ovarite entraîne souvent des troubles importants et variés de la menstruation.

Tant que les fonctions et les maladies des organes sexuels ont été peu connues, les pathologistes avaient une tendance toute naturelle à tenir trop peu de compte de leur influence sur les maladies de la menstruation et à rattacher celles-ci à des causes constitutionnelles. Tout en admettant parfaitement l'action de ces causes, les gynécologistes modernes ont montré que la ménorrhagie, l'aménorrhée, la leucorrhée et même l'hystérie ne sont, bien souvent, que le symptôme de quelque affection des organes sexuels. Le Dr H. Bennet était dans la bonne voie et avait jusqu'à un certain point raison quand, dans sa seconde édition (1849), il attribuait les désordres de la menstruation à l'inflammation et à l'ulcération du col. Car, bien que l'écoulement menstruel vienne du corps de l'utérus, une maladie du col peut, par son influence, rendre cet écoulement insuffisant ou en exagérer l'abondance. Il est cependant pour moi bien évident que lorsque des femmes souffrent à la fois de

troubles menstruels et d'inflammation du col, les désordres de la menstruation sont moins sous la dépendance de la maladie du col que sous celle de l'endométrite, qui ne passe inaperçue que faute d'être recherchée. Il n'est nullement douteux que l'ovaire ne soit également et par divers mécanismes une cause fréquente de troubles menstruels ; mais, bornant mes recherches à l'ovarite subaiguë, j'admettais en 1850 que dans ses types si variés, elle avait pour symptômes dominants l'aménorrhée, la ménorrhagie, la dysménorrhée ou l'hystérie. Vous trouverez qu'Aran émet exactement la même assertion au sujet de l'ovarite chronique, bien qu'il rejette l'expression de types, dont je me sers pour caractériser chaque groupe isolé de faits. Mon opinion sur la fréquence relativement grande de l'ovarite hémorrhagique est confirmée par Aran, par M. Gallard et par le médecin qui a rendu compte de mon livre dans le *British and Foreign Med.-Chir. Quarterly review*. On peut l'expliquer facilement par la vascularité abondante du système génital, par l'érectilité et la structure musculaire de l'ovaire et par ce fait que l'endométrite chronique et l'ovarite coexistent fréquemment. L'ovarite subaiguë provoque l'aménorrhée par une destruction partielle de l'ovaire, et par l'atrophie qui résulte quelquefois de la pression qu'exercent sur son tissu des brides primitivement molles et devenues, en vieillisant, d'une grande consistance.

Nombre d'observateurs récents admettent, avec moi, que souvent la dysménorrhée n'est rien qu'une ovarite subaiguë, et que la douleur profonde et brûlante ressentie dans la région de l'ovaire indique une petite ulcération de l'ovaire, ou un léger dégré de péritonite autour d'une vésicule déchirée. Le Dr West admet que « beaucoup de cas de dysménorrhée habituelle sont dus probablement à un état d'irritation ou d'inflammation chronique des ovaires. » Pour l'hystérie, j'avais dit en 1850 « que l'hystérie est toujours en rapport avec l'irritation ovarienne et que souvent elle dépend d'une ovarite subaiguë. » La probabilité que l'hystérie dépend de quelque trouble de l'action de l'ovaire uni, bien entendu, à une prédisposition particulière du système nerveux, a été confirmée par l'ouvrage de

Négrier en 1858, par celui du Dr Chairon en 1870 et par le travail du professeur Charcot de Paris sur l'hyperesthésie ovarienne. On conçoit facilement que les névrologistes, peu versés dans l'étude des maladies des femmes, ne croient pas l'hystérie liée plus particulièrement à un appareil qu'à un autre, mais nous, gynécologistes, obligés de connaître à fond le domaine complet de la pathologie humaine, nous sommes d'accord pour admettre que l'hystérie dépend en partie de quelque maladie des organes sexuels. Comme le seul élément commun à ces organes sexuels est l'influence ovarienne de laquelle dépend leur activité, il est probable que l'hystérie résulte de quelque perturbation de cette influence. Cette perturbation se transmet au système cérébro-spinal par les nerfs ganglionnaires. C'est l'opinion que Négrier et moi nous avons émise, avant qu'elle ne fût avancée par le Dr Robert Lee.

Proposition IX. — **Quelques tumeurs chroniques de l'ovaire peuvent être considérées comme des aberrations de la structure normale des vésicules de de Graaf.**

Cette opinion a été défendue depuis par beaucoup de pathologistes, mais faute de temps, je ne puis que vous renvoyer à l'ouvrage de M. Spencer Wells dans lequel vous trouverez, je crois, une ample confirmation de l'opinion de Rokitansky qui assure que l'on a rencontré des ovules dans les kystes de l'ovaire.

Il ne me reste, messieurs, qu'à vous remercier de m'avoir permis de revendiquer, devant vous, la part qui me revient dans les progrès de la pathologie ovarienne, depuis les vingt-cinq dernières années (1).

(Traduit de l'anglais, par le Dr Danlos).

(1) Extrait du volume XV des « *Transactions of the obstetrical Society of London.* »

DE L'ATREPSIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr. Parrot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

M. le Dr Parrot a commencé, le 10 mai dernier, une série de conférences sur la pathologie des nouveau-nés, nos lecteurs nous sauront gré de reproduire sa première leçon que nous emprunterons à LA FRANCE MÉDICALE.

M. Parrot a consacré cette première leçon à l'étude des modifications physiologiques que subit l'organisme de l'enfant, en passant du milieu maternel dans le monde extérieur, insistant sur la nécessité de connaître exactement les fonctions normales de cet organisme, pour comprendre les troubles qui s'y produisent.

M. Parrot définit le nouveau-né un enfant viable ou non viable, à terme ou non, qui n'a pas dépassé six semaines.

C'est par le cri que s'accuse la respiration au moment de la naissance ; il indique que l'enfant est en vie. La respiration du nouveau-né a des caractères particuliers ; elle est fréquente, irrégulière, très-inégale ; la régularité de la fonction ne s'établit que peu à peu, sous l'influence d'une sorte d'éducation. Les organes digestifs, qui ont sommeillé pendant la vie intra-utérine, sont à peu près parfaits au moment de la naissance ; ils atteignent donc leur perfection avant de fonctionner, différant en cela du cœur, du cerveau, etc. ; pendant la vie fœtale, ils ont sécrété une substance connue sous le nom de méconium ; c'est une matière d'un brun verdâtre, visqueuse et collante comme de la glu, paraissant noire en masse. Le microscope permet de reconnaître les plus petites taches de cette substance, fait qui a une grande importance, au point de vue de la médecine légale. Dans un mucus incolore, servant de véhicule, on trouve un grand nombre de grannulations protéiques grisâtres, des gouttelettes de matière grasse, des tables transparentes de cholestérine, des cellules épithéliales, qui proviennent de la desquamation de la muqueuse

(1) Leçon recueillie par M. le Dr Schwartz et publiée dans la *France médicale*, no du 1er juillet 1874.

intestinale, cellules déformées et sans noyau, des masses vertes formées par la matière colorante de la bile. Au dire de M. Robin, on ne trouverait rien autre chose dans les premières selles; mais dans les dernières selles de méconium, qui se produisent au bout de vingt-quatre à trente-six heures, on rencontrerait des cellules épithéliales pavimenteuses venant de l'estomac et de l'œsophage. Le méconium ne s'accumule dans l'intestin qu'à la fin du troisième mois ou au début du quatrième de la vie intra-utérine; jusque-là on ne trouve dans l'intestin que du mucus. Il est probable que le méconium n'est pas expulsé pendant la vie fœtale, parce que l'enfant est incapable de faire un effort, tant qu'il n'a pas respiré.

La peau du nouveau-né offre une teinte rouge assez uniforme, qui persiste pendant quelques jours, et d'autant plus longtemps que les enfants sont plus malingres; la coloration violacée persiste plus longtemps aux extrémités, même chez les enfants les plus forts. La peau devient bientôt le siége d'une exfoliation épidermique; cette desquamation commence du troisième au cinquième jour; elle a une très-grande importance médico-légale, puisqu'elle est un indice certain que l'enfant a vécu un certain nombre de jours. Le tégument se fendille perpendiculairement à l'axe du corps; l'épiderme s'enlève quelquefois par larges écailles, qu'on peut comparer aux lamelles de collodion desséché; mais le plus souvent, la desquamation est furfuracée : très-exceptionnellement, ces plaques desquamatives peuvent être si considérables que de Baër les a comparées dans un cas à une chemise épithéliale. Aux aines et aux aisselles, où l'épithélium se reforme plus lentement à cause de l'humidité dont ces parties sont le siége, on voit souvent survenir de l'intertrigo.

La respiration des nouveau-nés est inégale, peu profonde, rapide, intermittente. M. Parrot a trouvé comme nombre moyen cinquante et un mouvements respiratoires par minute; mais, dans les cas particuliers, les écarts sont très-considérables, et le nombre des respirations oscille entre trente-deux et quatre-vingt six; pendant le sommeil, la respiration semble plus fréquente, parce qu'elle est plus superficielle.

Pour se rendre compte du nombre des pulsations chez le nouveau-né, c'est au cœur qu'il faut les rechercher; il faut ausculter le cœur avec le stéthoscope : l'examen de la radiale ne peut donner des résultats précis. D'après Jacquemier, le nombre des

pulsations du fœtus varie entre 107 et 160; il est de 153 en moyenne, le premier jour de la naissance; ce nombre baisse notablement et oscille entre 97 et 157. Le Diberder a dit que dans la première minute de la vie extra-utérine, lorsque le cordon n'est pas encore lié, et que la repiration n'est pas encore établie, le chiffre des battements du cœur est à peu près 83; mais, deux ou trois minutes après, le pouls monte à 160. On voit donc que les modifications les plus considérables et les plus brusques dans la fréquence des battements cardiaques peuvent s'observer dans les premiers temps de la vie. Selon M. Parrot, on peut compter de 80 à 164 pulsations pendant le sommeil et de 116 à 192 pendant l'état de veille. Trousseau et tous les observateurs ont conclu que la grande instabilité du pouls chez les nouveau-nés empêchait qu'on pût utiliser ses indications; il n'indique même pas s'il y a fièvre ou non. Mais le thermomètre permet toujours de résoudre cette question. C'est dans le rectum qu'il faut placer le thermomètre, et M. Parrot conseille de le faire pénétrer à une profondeur de 5 à 6 centimètres. Dans l'heure qui suit la naissance, la température s'abaisse à 33° chez les enfants chétifs, à 36° chez les enfants robustes; puis elle remonte rapidement pour atteindre le degré normal où elle doit rester ensuite. Chez cinquante enfants choisis par M. Parrot dans de bonnes conditions de santé, la température rectale était en moyenne de 37,17.

L'accroissement du nouveau-né doit être apprécié par la balance. L'enfant perd de son poids pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent la naissance. Au bout de huit jours, il a regagné ce qu'il avait perdu. Cette perte en poids dépend de ce que l'enfant rend son méconium et aussi de la faible alimentation qu'il reçoit; les enfants bien alimentés peuvent perdre très-peu. Dans quelle proportion s'accroît l'enfant? Un enfant qui vient bien doit gagner 30 grammes par jour. Lorsque le chiffre de l'accroissement est supérieur, cela tient à ce que l'enfant a pâti pendant un certain temps, et qu'il se nourrit ensuite beaucoup plus. Les six premiers mois passés, l'enfant ne gagne plus que 10 à 15 grammes par jour.

Après ce coup d'œil jeté sur les principales fonctions du nouveau-né en bonne santé, M. Parrot aborde l'étude des désordres pathologiques que les fonctions peuvent subir. Le passage de la vie fœtale à la vie extérieure est bien, comme l'a dit Burdach, un véritable saut. L'enfant qui était nourri par le placenta maternel,

va être obligé désormais de *digérer* son nouvel aliment, le lait. La digestion, fonction nouvelle et essentielle, tient donc une énorme place dans la nutrition des nouveau-nés, et c'est dans les troubles de cette fonction qu'on doit chercher la source de la plupart de leurs affections. Ces troubles constituent un ensemble pathologique que M. Parrot désigne sous la dénomination d'*atrepsie*.

Le premier fait qui annonce et caractérise cet état clinique est une modification des garde-robes. Les selles augmentent de fréquence, deviennent plus molles, plus aqueuses; elles prennent une coloration blanchâtre et perdent de leur homogénéité; elles présentent des grumeaux blancs; enfin elles deviennent vertes. En même temps, les urines diminuent. Les tétées sont plus fréquentes, mais moins abondantes, et l'enfant ne se nourrit pas. La température s'élève très-peu, de quelques dixièmes de degré. L'enfant devient grognon, inquiet; il dort mal. Ces phénomènes caractérisent une première période.

Mais le mal fait des progrès. Les selles deviennent plus abondantes; elles sont vertes, de la couleur des épinards, et sont lancées *en fusées*; le lait, incomplètement digéré, y forme des grumeaux blancs. La bouche est rouge, sèche, les papilles en sont saillantes; souvent il s'y développe du muguet, et il n'est pas rare de voir se faire, à ce moment, des ulcérations buccales. L'appétit est considérablement diminué; l'enfant prend souvent le sein, mais il le quitte aussitôt. Le pouls tombe à 100, à 90 pulsations, et la température s'abaisse de 8 degrés. L'enfant pousse des cris douloureux, très-caractéristiques. De l'érythème (érythème des nouveau-nés), apparaît à l'anus, à la vulve, à la partie interne des cuisses. L'amaigrissement devient considérable. Cependant le mal n'est pas encore irrémédiable.

Mais, dans une troisième période, période d'atrepsie proprement dite, il y a une aggravation considérable de tous les symptômes précédents qui prennent une physionomie typique. L'enfant ne mange plus; il refuse le sein, ou le laisse aussitôt qu'il l'a pris en poussant des cris; il accepte le biberon encore pendant un ou deux jours, mais le refuse bientôt; il peut boire encore quelques cuillerées de lait; mais bientôt on ne peut plus lui verser dans la bouche qu'un liquide sirupeux. Enfin il ne prend plus rien, et cependant il peut survivre encore quelques heures ou même quelques jours. La bouche est absolument

aride; l'enfant l'ouvre largement. La face est terreuse, les yeux secs, excavés. Les selles diminuent de fréquence et même se suppriment; elles sont fétides. Les urines sont absolument supprimées; des sels uriques se déposent autour du prépuce. L'enfant vomit des matières incomplètement digérées et fétides. La respiration est profonde, le sternum se déprime et se rapproche de la colonne vertébrale; cependant on ne trouve jamais de lésions pulmonaires à l'auscultation. La température s'abaisse considérablement; elle se tient autour de 33°, 34°, le pouls tombe à 40 ou 50 pulsations. L'habitus extérieur est remarquable. L'enfant est profondément amaigri; il ressemble à un vieillard décrépit; la peau est sillonnée par des rides. Il semble même que le crâne s'amoindrit; les fontanelles se rétrécissent et les os chevauchent les uns sur les autres. Quand la maladie a marché très-rapidement, la peau, au lieu d'être flasque, est au contraire dure et comme supportée par de la graisse figée. Des troubles encéphalopathiques apparaissent alors. Ils s'accusent par du strabisme divergent, qui précède de deux jours les autres phénomènes nerveux. Puis l'enfant tombe dans le coma; c'est le cas le plus habituel. Une forme plus rare, pas très-rare pourtant, est la forme convulsive : les convulsions commencent par de la dilatation pupillaire, puis la face et les membres sont agités de petits mouvements convulsifs. Enfin le pouls baisse peu à peu, et l'enfant meurt.

Chez les adultes et chez les enfants d'un autre âge, il se produit, au moment de la mort, un changement dans la coloration des téguments, surtout de ceux de la face, qui est caractéristique. Chez les nouveau-nés on n'observe rien de semblable, si bien qu'on croit souvent l'enfant mort, avant qu'il le soit encore réellement.

Reprenons maintenant, un à un, chacun des symptômes dont nous venons de donner une vue d'ensemble.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE.

HOPITAL DE VANNES.

OPÉRATION CÉSARIENNE

PRATIQUÉE SUR UNE NAINE (taille : 97 centimètres) AVEC SUCCÈS POUR LA MÈRE ET POUR L'ENFANT (29 mai 1873).

Par M. le Dr G. de Closmadeuc,
Chirurgien en chef de l'hôpital civil et militaire de Vannes.

Dans la matinée du 29 mai de l'année dernière (1873), mes deux honorables confrères les Drs Mauricet fils et Fouquet fils viennent me prier de les accompagner, pour visiter une *naine* en mal d'enfant qui, me disent-ils, présente une conformation vicieuse et un rétrécissement excessif du bassin.

Cette fille est en pension depuis plusieurs mois chez une sage-femme de Vannes; le travail est commencé depuis le 27, et ce n'est que ce jour là qu'on s'est décidé à appeler un médecin.

M. le Dr Fouquet fils voit la malade dans la soirée du 27; les douleurs, peu fortes, avaient tenu toute la journée; mais il n'y avait encore aucune dilatation. Dans la nuit, continuation des douleurs; aucune dilatation sensible le 28 au matin; le soir seulement, le col devient plus souple, s'entr'ouvre, et permet l'introduction du doigt. Le matin, 29, malgré un travail assez soutenu pendant toute la nuit, mes confrères constatent que la dilatation n'est guère plus avancée que la veille.

A mon arrivée à 10 heures du matin (29), nous vérifions ensemble l'exactitude des détails qui précèdent.

La fille Guillaume (Angélique) de Ploermel, âgée de 27 ans, primipare, est effectivement une *naine*, dont la taille mesure moins de trois pieds (0, 97 centimètres). La photographie peut seule donner une idée de sa conformation extérieure (1).

(1) Voyez p. 65.

D'après les renseignements précis qu'elle donne, sa grossesse est arrivée à terme.

Par le toucher, je m'assure, comme mes confrères l'avaient fait avant moi, que nous avons affaire à une conformation défectueuse du bassin, caractérisée par l'*étroitesse absolue* du détroit supérieur, dont le diamètre sacro-pubien (antéro-postérieur) a tout au plus 0, 07 centimètres 1/2, et du détroit inférieur dont le diamètre bi-ischiatique atteint à peine 0, 04 centimètres.

La difficulté de l'exploration, par suite du rapprochement excessif des deux ischions, est encore augmentée par la direction qu'affecte le plan du détroit inférieur, qui regarde fortement en arrière.

C'est un de ces cas par conséquent au sujet desquels se posent les graves questions de la délivrance artificielle par l'opération césarienne, ou l'embryotomie.

Si mes confrères et moi, nous avions été consultés plus tôt, peut-être aurions-nous eu à poser la question de l'avortement provoqué.

Malheureusement, nous étions en présence d'une grossesse à terme, et d'un travail remontant à plusieurs heures. Le temps pressait, que fallait-il faire?

Attendre une délivrance des seuls efforts de la nature? C'était condamner à une mort certaine la mère et l'enfant.

Pratiquer l'embryotomie? Par l'exploration, il nous était démontré que l'enfant était vivant. Les manœuvres de l'opération allaient être extrêmement difficiles, et probablement rendues impossibles en raison de la conformation vicieuse du sujet. Comment opérer sur un bassin dont le diamètre maximum est de 0, 075 millimètres, et le diamètre minimum de 0, 04 centimètres au plus? D'autre part, mettant en opposition la vie des deux êtres : une pauvre fille, naine et difforme, et un enfant vivant, qui pouvait naître avec une conformation normale; nous n'hésitâmes pas. C'est à l'*opération césarienne* que nous résolûmes de nous arrêter.

Le cas était urgent. Les contractions utérines se répétaient à de courts intervalles et augmentaient d'intensité. Notre naine

fut immédiatement transportée à l'hôpital, où tout fut préparé pour l'opération.

A une heure de l'après-midi, nous étions au rendez-vous..

Opération. — Etaient présents et m'assistaient MM. les Drs Mauricet fils, et Fouquet fils; Mlle Beaudouin, sage-femme; un infirmier et une infirmière.

La malade, très-courageuse, n'insistant pas pour être endormie, fut couchée sur un petit lit en fer, dans le décubitus dorsal, la tête fortement relevée par des oreillers; elle ne pouvait respirer autrement. Dans cette attitude, la surface abdominale, qui s'étend de l'ombilic au pubis, au lieu d'être tournée obliquement en avant, regarde presque directement en bas, ce qui oblige un des aides à relever autant que possible le ventre, afin de permettre à l'opérateur d'aborder plus facilement la ligne blanche.

L'incision abdominale est faite à un centimètre, et à gauche de la ligne blanche, et au-dessous de l'ombilic, jusqu'aux environs du pubis. Dans ce premier temps de l'opération, aucun vaisseau important n'est intéressé. Par une boutonnière pratiquée au péritoine, j'introduis une sonde cannelée, puis l'index, sur lesquels je complète, à l'aide du bistouri, depuis le haut jusqu'au bas, la division du feuillet séreux. La cavité abdominale est largement ouverte; le globe utérin, recouvert à sa partie supérieure par le bord libre du grand épiploon, qu'on refoule, apparaît entre les lèvres de la plaie.

J'incise lentement et avec précaution l'utérus, de haut en bas, et j'arrive sur le gâteau placentaire, encore adhérent, inséré à la paroi antérieure de l'utérus. Un flot de sang jaillit de l'incision. Je fends largement la paroi antérieure de l'utérus, et avec les doigts je décolle et déchire rapidement le placenta, qui est adhérent partout; j'en extrais la masse à laquelle tient le cordon; puis je m'empresse d'aller chercher les pieds de l'enfant, qui, une fois saisis, sont attirés au dehors ainsi que le tronc. Mais la tête résiste et reste comme enclavée au détroit supérieur (par suite de l'engagement effectué par le travail). Il faut qu'avec l'autre main, j'aille dans l'utérus rendre la tête mobile, au

moyen de mouvements de latéralité imprimés à l'extrémité céphalique.

En un instant la délivrance est opérée. L'enfant est légèrement asphyxié; mais revient bientôt à la vie, grâce à un bain d'eau chaude alcoolisée, et à des frictions énergiques.

C'est une fille, bien conformée, de force moyenne, et ayant tous les caractères d'un enfant à terme et viable.

Je m'assure que l'utérus ne contient pas de débris de délivre, ni de caillots sanguins; et l'organe ne tarde pas à revenir sur lui-même, sous forme de boule ayant une incision en avant, réduite à 4 ou 5 centimètres.

Cependant, un écoulement de sang assez abondant se produit et continue, venant de l'intérieur de l'utérus, c'est-à-dire des points qui correspondent aux insertions du placenta déchiré.

Pendant qu'un de mes confrères maintient aussi exactement que possible, par une pression latérale, l'ouverture de l'utérus en rapport avec l'incision abdominale, et que l'autre relève et retient sur l'épigastre l'épiploon et les anses intestinales qui s'échappent, je pratique des irrigations d'eau fraîche sur l'utérus et dans sa cavité, en écartant les lèvres de la plaie. L'hémorrhagie s'arrête bientôt. Mais toutes ces manœuvres ne s'opèrent pas sans que des liquides de diverse nature (eau de lavage, sang, liquide amniotique) se soient épanchés dans le péritoine, et aient souillé les viscères.

Il faut extraire une grande partie de l'intestin grêle, et du grand épiploon, les nettoyer au moyen d'éponges chargées d'eau tiède, puis en faire autant pour la cavité péritonéale. Enfin, la toilette terminée, et après que nous nous sommes assurés qu'aucune hémorrhagie ne se produit, les intestins sont rentrés doucement, et on procède à la fermeture de l'abdomen.

Ces divers temps de l'opération n'ont pas duré moins d'une demi-heure.

La clôture de l'abdomen s'effectue par sept points de suture entortillée, en ayant soin de comprendre le péritoine, dont les feuillets sont adossés.

Pour cette suture, je me sers des instruments suivants : 1° Une aiguille d'acier à lance, dont l'extrémité opposée à la

pointe est creusée d'une cupule. 2° Des tiges ou bâtonnets d'argent. 3° Du fil de chanvre ou de soie.

En commençant par l'angle supérieur, j'enfonce mon aiguille qui traverse les deux lèvres de la plaie; puis appuyant un bâtonnet sur la cupule, je pousse doucement et fais sortir mon aiguille du côté opposé, laissant en place la tige métallique, sur laquelle devront être entortillés les fils, par le procédé ordinaire. Ainsi de suite pour les autres points de suture.

J'ai fait fabriquer moi-même ce petit outillage chez le fabricant Luer, et sans avoir la prétention d'en être l'inventeur, je le recommande pour sa simplicité, et la facilité de la manœuvre opératoire.

Suites de l'opération. — L'opération complètement achevée, notre accouchée qui avait tout supporté sans se plaindre, et sans défaillance, fut changée de linges, entourée de plusieurs pièces de ouate et transportée dans une chambre à part chauffée, et couchée dans un lit bien bassiné. Pour régime, du thé au rhum, et quelques cuillerées de bouillon gras. Le soir le pouls était à 100. La nuit fut assez bonne, sans douleurs vives, sans nausées; soif modérée.

1er *jour* (30 juin). — Le lendemain, dans la matinée, la malade est prise d'une dyspnée assez forte, occasionnée par le météorisme du ventre, qui refoule le diaphragme. Il faut presque l'asseoir sur son lit, cette position seule procurant du soulagement. On continue, dans la journée, la même boisson, et des cuillerées de bouillon. La malade n'ayant pas uriné, il faut pratiquer le cathétérisme.

Dans l'après-midi, malaise, nausées, vomissements bilieux répétés. Ventre ballonné. Le pouls marque 120, régulier et plein. Deuxième cathétérisme dans la soirée.

Du 30 au 31, nuit agitée, un seul vomissement bilieux.

2e *jour*. — Le 31, au matin, la partie inférieure de la plaie est tuméfiée, douloureuse; au-dessous de la dernière suture, une fissure laisse écouler une sérosité sanguinolente. Je glisse une sonde creuse, en gomme élastique, jusqu'à une profondeur de 0, 08 centimètres, et je donne issue à un demi verre de sang.

La sonde est laissée à demeure et fixée.

3e *jour.* — Dans la journée du 1er juin, la malade est torturée par des tranchées, suivies de selles noirâtres. Le pouls est à 125, dans la soirée. Cependant l'émission des urines a lieu spontanément. Pas de vomissements.

4e *jour.* — Le 2 juin, l'amélioration se produit, le pouls descend à 105, selles noirâtres dans la journée. La langue est humide. La malade demande des aliments. Limonade vineuse; trois légers tapiocas et deux bouillons pendant la nuit.

5e *jour.* — Le 3 juin, état satisfaisant, selles noirâtres, mais moins abondantes, quelques coliques, langue humide, pouls à 100. La malade a faim. Trois potages plus copieux, dans la journée, bouillons la nuit.

6e *jour.* — Le 4 juin. Toujours du mieux; la sonde, qui était jusqu'ici maintenue dans la partie inférieure de la plaie, pour permettre l'écoulement de liquides purulents, est enlevée.

La malade est posée sur un fauteuil, pendant qu'on refait son lit. Le pouls est à 95. — Trois tapiocas et un beafteack qu'on permet de sucer.

7e *jour.* — A partir du septième jour, l'état va en s'améliorant. L'appétit se soutient, et la malade mange dans la journée trois soupes et un rôti.

Je commence par enlever le premier bâtonnet de la suture supérieure. Le lendemain j'en enlève deux.

Le dixième jour après l'opération (le 8 juin), le dernier bâtonnet est enlevé. La réunion immédiate est opérée entre les parties profondes, dans toute l'étendue de la division abdominale. Reste une plaie superficielle, qui sera pansée, les jours suivants, au moyen de longues bandes de diachylon destinées à empêcher l'écartement des bords de la plaie, et d'un linge troué, enduit de cérat et recouvert de charpie; le tout maintenu par un bandage de corps.

15e *jour.* — Cependant vers le 13 juin (15 jours après l'opération), la malade a moins d'appétit, et se plaint de frissons erratiques ; une douleur se fait sentir le long du bras gauche, qui devient œdémateux, et acquiert en peu de temps un volume énorme, depuis l'épaule jusqu'à la main ; la moindre pression

rend la douleur du membre excessive, comme dans la *phlegmatia alba dolens*.

En deux ou trois jours, l'œdème envahit le cou et le visage, qui est bouffi. Les pieds et les jambes elles-mêmes s'œdématient considérablement. Il y a de la fièvre, et peu d'appétit. Les urines sont rares, mais ne contiennent pas d'albumine. Au bout de cinq jours, le bras gauche commence à désenfler et est moins douloureux.

C'est dans cet état, assez peu rassurant, que mon excellent ami, le Dr Gallard, médecin de l'hôpital de la Pitié à Paris, vit notre opérée, le 21 juin (23e jour après l'opération). D'après son conseil, je mis ma malade à l'usage des ferrugineux et du quinquina.

Nous avions examiné les urines, avant la visite de M. Gallard, et nous n'avions pas trouvé trace d'albumine. Nous les avons examinées les jours suivants; l'expérience a toujours donné des résultats négatifs.

Quoi qu'il en soit, l'amélioration se déclara bientôt, l'état cachectique devint moins prononcé. L'appétit revint, et avec lui, l'accomplissement régulier de toutes les fonctions.

Du 1er au 2 juillet, à la suite d'une crise urinaire très-abondante, l'œdème du bras gauche disparut presque tout à coup; et vers le 8 juillet, il ne restait plus qu'un peu de bouffissure de la face, et une légère infiltration des pieds.

Quant à la cicatrisation de la plaie abdominale, retardée par les accidents précédents, elle n'était pas complète, et plusieurs points suppuraient encore.

La malade, soumise à une alimentation réparatrice, reprenait des forces, et se levait depuis deux jours, pendant quelques heures, elle avait même fait quelques pas dans la chambre.

Je me proposais de la garder dans mon service jusqu'à parfaite guérison; lorsque, par suite d'une misérable intrigue (dont les incidents pourraient servir de texte à un chapitre curieux d'histoire professionnelle), cette malheureuse, qui avait subi une opération si grave trente-huit jours auparavant, qui n'était pas guérie, fut éveillée à 4 heures du matin, habillée à la hâte, enlevée de son lit et portée dans une voiture, qui la

conduisit tout d'un trait à 15 lieues de Vannes, par une chaleur torride. Elle fut déposée entre les mains de sa famille, qui ne l'attendait pas, et manquait de tout pour la soigner.

Opération césarienne chez une naine de 97 centimètres.

Je n'avais été ni *consulté* ni *averti*; mon devoir était tout tracé. J'adressai immédiatement une plainte à M. le maire de Vannes, avec prière de convoquer extraordinairement la commission des hospices; ce qui fut fait. J'allai m'expliquer devant

elle. La commission était tout à fait étrangère à ces faits, et me donnant acte de ma juste protestation, déclara qu'il n'appartenait à personne d'effectuer une sortie de malade, sans le consentement du médecin traitant, et sans que sa signature fût apposée au pied du billet d'exeat. Dans la circonstance, elle regrettait profondément qu'on ait, au mépris du règlement, fait sortir une malheureuse, qui avait subi l'opération césarienne, et qui n'était pas guérie; et par délibération, la commission des hospices m'autorisait à faire revenir immédiatement cette pauvre fille, dans mon service, où elle continuerait à recevoir mes soins, jusqu'à son complet rétablissement.

Quelques jours après, la malade était effectivement réintégrée dans mon service, suivant l'ordre de la commission hospitalière, et elle y est restée jusqu'au 12 août.

Ce jour-là avait lieu la réunion annuelle de l'association médicale du Morbihan, et tous mes confrères ont pu examiner l'opérée, et constater sa parfaite guérison. La photographie d'après laquelle a été fait le dessin ci-contre est de la même date.

Quant à l'enfant, âgée d'un an aujourd'hui, elle est toujours en nourrice, et en bonne santé.

L'observation qui précède emporte avec elle son enseignement, et n'a pas besoin de commentaires. Elle prouve qu'en pratiquant l'opération césarienne en province, le chirurgien est en droit de compter sur une double réussite : la vie de la mère et de l'enfant. Il y a quatre ans, dans des circonstances un peu différentes, et non moins graves, j'ai eu le bonheur de pratiquer ma première opération césarienne, qui a été suivie d'un plein succès pour la mère, et qui l'aurait été pour l'enfant, si on s'était décidé à l'opération quand je l'ai proposée. La femme opérée, était guérie au bout de 30 jours, et s'en allait à pied à l'église de sa paroisse (Elven), pour la cérémonie des relevailles.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

SERVICE DE M. VULPIAN.

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE.

Par M. Raymond,
Interne des hôpitaux.

Le 15 avril 1874, est entrée à la Pitié, salle Sainte-Claire, n° 34, service de M. le professeur Vulpian, la nommée Fontaine, âgée de 28 ans, femme de ménage.

Renseignements. — Bonne santé antérieure; a eu deux enfants, dont le dernier il y a onze ans; a été toujours bien réglée, jusqu'il y a deux mois.

Environ deux mois avant son entrée à l'hôpital, à la suite de fatigues de toutes sortes, la malade eut une métrorrhagie abondante; cette hémorrhagie, survenue au moment de ses règles, dura six semaines; d'après ce qu'elle raconte, le sang était rouge et ne contenait pas de caillots: durant cette période, elle éprouva fréquemment des douleurs à l'hypogastre et cependant elle continua à vaquer à ses occupations; jamais elle n'eut de fièvre, ni de phénomènes gastro-intestinaux.

Depuis quinze jours, la malade ne perd plus, mais elle souffre toujours du bas-ventre, surtout au niveau de la fosse iliaque droite et entre à l'hôpital.

Etat actuel. — 15 avril. Femme d'apparence vigoureuse : elle se plaint de leucorrhée et d'une douleur vive dans la fosse iliaque droite.

La palpation du ventre est peu douloureuse, même à droite, et en ce point, on ne trouve aucune induration.

Le toucher vaginal est peu douloureux; le vagin est chaud; le col, un peu arrière, est gros, mou, entr'ouvert et laisse entrer la pulpe du doigt ; le cul-de-sac latéral droit est un peu douloureux, et on sent un empâtement du ligament large de ce côté.

Depuis quelque temps, la malade est constipée; les urines sont normales, et ne contiennent pas d'albumine.

Pas de troubles de l'appareil respiratoire ni circulatoire; bruit de souffle musical dans les vaisseaux du cou.

Appétit diminué.

La malade garde le repos au lit avec des cataplasmes en permanence sur le ventre.

Marche. — Cet état resta stationnaire pendant huit jours environ, les douleurs continuaient et le toucher vaginal n'indiquait aucun phénomène nouveau. Cependant la palpation du ventre devenait de plus en plus douloureuse à droite et indiquait un empâtement diffus occupant toute cette région.

27 avril. Cette induration augmentant, M. Vulpian fit appliquer 15 sangsues sur la région douloureuse, ce qui calma beaucoup les douleurs et soulagea la malade.

29 avril. A la visite du matin, la malade est considérablement affaiblie; il s'est fait une décoloration brusque et rapide de la peau et des muqueuses: la face est livide, les yeux excavés; il y a, en un mot, tous les signes d'une vaste hémorrhagie interne.

D'autre part, le ventre est plus douloureux à la pression, et l'induration d'abord limitée à droite s'est étendue sur la ligne médiane et dans la fosse iliaque gauche.

La température reste à peu près normale, 37° 5. Le pouls est fréquent, petit, filiforme et bat 140 pulsations à la minute.

Pas de frissons véritables, mais des alternatives de froid et de chaleur.

Depuis cette époque. l'empâtement persiste, mais la douleur a beaucoup diminué; l'état général continue à être mauvais: les fonctions digestives ne se font pas bien, pas de vomissements.

13 mai. La malade est prise de diarrhée abondante.

En même temps, vomissements bilieux et alimentaires qui se répétèrent jusqu'au jour de la mort.

Le 20. La malade commença à tousser et à cracher.

La percussion indique de la matité sous la clavicule gauche; rien à droite: à l'auscultation. râles ronflants et sibilants des

deux côtés; de plus, à gauche, râles sous-crépitants et respiration soufflante.

Le 25. Les râles ont disparu en partie; il ne reste plus que de la respiration rude.

Badigeonnages de teinture d'iode. Julep opiacé.

L'état général devient de plus en plus mauvais; la malade ne peut se bouger dans son lit; elle repose sur le côté gauche.

Œdème du membre supérieur et inférieur de ce côté.

La malade succombe le 2 juin à 8 heures du matin.

Autopsie le 3 juin. — Cavité abdominale. Pas d'épanchement liquide.

Les intestins et le grand épiploon ont une couleur noirâtre et exhalent une odeur gangréneuse; les anses intestinales sont réunies par des brides nombreuses.

La moitié inférieure de la cavité abdominale est occupée par une tumeur à base supérieure, sur la face antérieure de laquelle on aperçoit l'utérus, et qui se prolonge dans la direction des ligaments larges; elle a le volume de la tête d'un adulte.

Le doigt, placé dans le vagin et le col de l'utérus, montre que cette tumeur est adhérente à la paroi postérieure du corps de l'utérus, et le toucher rectal indique sa présence sur la paroi antérieure du rectum.

Au-dessus de cette tumeur et de chaque côté, on trouve des caillots adhérents à la face profonde du péritoine, entourant à gauche l'S iliaque et à droite le cæcum.

Si on cherche les rapports de la tumeur avec le péritoine, on trouve que le cul-de-sac vésico-utérin est libre, et que la vessie située en avant peut être facilement insufflée.

Si on cherche à décoller sa partie antéro-inférieure de la face postérieure de l'utérus, on reconnait que le péritoine, après avoir tapissé la face antérieure de cet organe, se réfléchit sur sa face postérieure, sans envelopper la tumeur, et se porte en bas pour former le cul-de-sac utéro-rectal; à ce niveau, il se confond avec sa face postérieure, pour remonter au-devant du rectum.

La face antérieure est en rapport avec l'utérus dirigé en haut et à droite; de ses angles partent les ligaments ronds.

Sur le côté droit, on trouve plusieurs kystes séreux, sous

lesquels on voit facilement la trompe et l'ovaire, qui ne paraissent avoir subi aucune altération.

Du côté gauche, et un peu en arrière, on peut isoler la trompe; mais on ne trouve pas l'ovaire : l'extrémité externe de la trompe aboutit à une poche qui constitue les deux tiers de la tumeur. Cette poche large, est formée par un tissu blanchâtre compacte, qui offre toutes les apparences d'un tissu ancien, et sur sa face antérieure on trouve des vaisseaux nombreux et d'un diamètre considérable.

En arrière de cette poche, existent plusieurs foyers sanguins enkystés venant de la rupture en quelques points de celle-ci.

Cette poche, ouverte suivant son diamètre antéro-postérieur, est remplie de caillots, au centre desquels on trouve un fœtus de trois mois environ et un énorme placenta. La tumeur fut ouverte par M. Gallard en présence de MM. Vulpian et Lasègue. M. Gallard, avant même que l'ouverture de la tumeur ne fût pratiquée, avait émis l'opinion qu'il pouvait bien y avoir un fœtus contenu dans son intérieur.

Le cordon adhère à la poche, à sa partie antérieure et supérieure, et s'étale pour constituer le placenta.

L'utérus étant incisé sur sa face antérieure et sur sa partie médiane, on introduit un fin stylet dans la trompe gauche; elle se perd, comme il est facile de le déterminer; ainsi, dans la tumeur, mais par la dissection la plus minutieuse, on ne retrouve pas l'ovaire; est-ce à ses dépens que la tumeur a évolué? ou bien la tumeur, développée dans le pavillon de la trompe, l'a-t-elle englobé? Pour s'en assurer, en face de l'insuccès de la dissection ordinaire, on fait durcir toute la partie de la tumeur qui avoisine la trompe, et des coupes minces sont étudiées au microscope pour reconnaître la nature du tissu composant.

Toutes les coupes pratiquées quelques jours plus tard, après durcissement convenable, montrent que la paroi de la tumeur est celle d'un kyste de l'ovaire; en effet, on la trouve formée par un tissu conjonctif bien développé et divisé en lamelles assez épaisses; dans la lamelle interne, il y a du tissu plus jeune et elle est manifestement tapissée par *des cellules épitheliales cylindriques*, d'où nous pouvons conclure : que *la tumeur est déve-*

loppée dans un ovaire devenu kystique, ce qui est l'opinion de M. Vulpian.

HOPITAL DE LA CHARITÉ

SERVICE DE M. LE Dr BERNUTZ.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE TUBO-OVARIENNE

HÉMORRHAGIE INTERNE. — AUTOPSIE.

Par M. Martin,
interne des hôpitaux.

La question des grossesses extra-utérines est actuellement à l'ordre du jour. Voici un nouveau cas que nous avons recueilli dans le service de M. Bernutz à la Charité, et qui nous paraît intéressant sous plusieurs rapports.

G. L..., domestique, âgée de 29 ans, entrée le 31 mai 1874 à la salle Saint-Joseph, n° 4. Mort, le 14 juin.

Cette femme, réglée régulièrement depuis l'âge de 15 ans, aurait eu la syphilis il y a sept ans. Elle n'en porte pas d'autres traces qu'une pléiade ganglionnaire indolore à la région inguinale.

En avril 1873, elle fit une fausse couche de trois mois environ, suivie d'une perte durant environ deux mois; puis elle resta cinq mois sans avoir de règles; en décembre, la perte se reproduit trois fois dans l'espace d'un mois environ. Au dire de la malade, un médecin constata à cette époque la présence d'une tumeur dans l'abdomen. Nouvelle interruption des règles en février et mars, suivie de douleurs dans le ventre et de pertes d'eau et de sang noir. — En avril, la malade, perdant en abondance une eau roussâtre, à peu près inodore, entre dans le service de M. Sée, où elle reste un mois environ. Sous l'influence du repos, les pertes cessent, mais les douleurs persistent.

Elle entre dans le service de M. Bernutz le 3 mai.

Depuis dix jours, elle ne perd plus, mais ressent encore quelques douleurs au niveau de la fosse iliaque droite. Ces douleurs persistent depuis plus de deux mois.

Teinte jaunâtre des téguments. Muqueuses un peu décolorées. La malade se croit enceinte.

Cœur. Souffle doux, anémique au premier temps à la base. Bruit de souffle dans les vaisseaux du cou.

On constate, en palpant l'abdomen, la présence d'une tumeur volumineuse, s'étendant du pubis à deux travers de doigt de l'ombilic, à droite, elle fait une saillie considérable; elle est dure au toucher. A gauche, un noyau, du volume d'un œuf, fait saillie sur le reste de la tumeur. Elle est peu douloureuse et donne à la percussion une matité incomplète.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que les culs-de-sac sont libres, le droit un peu plus large que le gauche. Le col utérin semble un peu remonté, légèrement ramolli et entr'ouvert. Il est dévié à gauche. L'utérus est très-peu mobile; on a beaucoup de peine à soulever le col. Le toucher, combiné à la palpation, permet de reconnaître que la tumeur est soulevée en même temps que le col et adhère intimement à l'utérus.

Quelques élancements et fourmillements dans les côtés et dans les jambes. Les seins ne sont pas augmentés de volume, le mamelon est brun, mais on n'observe pas de développement exagéré des tubercules de Montgomery.

Le même état persiste jusqu'au 7 juin.

Ce jour-là, elle est prise subitement à cinq heures du matin de vives douleurs dans l'abdomen du côté droit; bientôt les douleurs augmentent, arrachent des cris à la malade; elles sont accompagnées de nausées et de vomissements bilieux. Elle ne peut supporter le poids des couvertures et se tord dans son lit. Un quart d'heure plus tard, lipothymie, syncope; sueurs froides, pouls petit, imperceptible, extrémités refroidies. On lui couvre la poitrine de sinapismes et on lui applique de la flanelle sur le ventre. Au bout d'une heure, le pouls est un peu revenu. La malade se plaint d'une très-vive douleur au niveau de la fosse iliaque droite. un peu au-dessous de l'ombilic.

Traitement. Repos absolu, un demi-litre de vin de Bagnols, glace sur le ventre; vésicatoire volant.

Soir. Vomissement bilieux, pouls petit, 160 pulsations.

Le 8 juin matin, pouls 140, nuit agitée, 32 respirations. Toujours des vomissements verdâtres. Compresses imbibées d'ammoniaque sur le ventre. Glace.

Soir. Pouls, 136. Un peu plus fort; les extrémités sont refroidies.

Le 9. Les vomissements, l'agitation persistent; pouls 136 et T.39,4; une selle diarrhétique dans la journée. Glace, champagne.

Le 10. Les mains sont chaudes, délire dans la nuit. Vomissements moins abondants; pouls 120, plus régulier et plus fort. Le ballonnement du ventre est modéré, la douleur moins vive.

Le 11. Pouls 120, 32 respirations. Toujours des vomissements. Le soir, le facies est grippé, le pouls à 132.

Le 12. Pouls 108. Délire toute la nuit, hoquets et vomissements; la malade rend les aliments et les boissons; lavements de bouillon.

Le 13. Encore du délire dans la nuit; les vomissements diminuent de fréquence. Elle a pris un peu de bouillon.

Le 14. Agonie, pouls imperceptible, mains froides; respiration suspirieuse, perte de connaissance. Battements cardiaques réguliers. La malade meurt à une heure de l'après-midi.

Autopsie, vingt-six heures après la mort, pratiquée avec le concours de M. Coyne, aide de clinique à la Charité.

A l'ouverture de la cavité abdominale, on aperçoit tous les viscères recouverts d'une couche de sang noirâtre, en partie coagulé. et en partie liquide. Dans le petit bassin, en avant de la vessie, on trouve une quantité considérable de sang liquide, noirâtre.

Traces de péritonite peu marquée sur les anses intestinales, adhérant entre elles par des fausses membranes peu résistantes; ces anses intestinales sont peu distendues.

A droite, après avoir soulevé ces dernières, on remarque un espace limité en haut par le rein droit, en dehors par la paroi abdominale; en dedans par le mésentère et la colonne vertébrale. C'est dans cet espace, en partie rempli par des caillots noirâtres, que se trouve un fœtus du sexe féminin, dont la tête regarde en haut et en dedans, et les pieds en bas. Ce fœtus présente une longueur de 23 centimètres; le cordon est grêle et long de 30 centimètres; sinueux, et contournant les anses intestinales, il vient aboutir à une masse volumineuse arrondie, présentant un diamètre de 10 centimètres. située dans la fosse iliaque droite.

Après avoir enlevé les nombreux caillots qui recouvrent la tumeur et remarqué qu'il en existe à gauche et en arrière qui présentent une couleur grisâtre et une disposition stratifiée, on découvre que le kyste fœtal est accolé à la partie postéro-supérieure droite de l'utérus, et dépasse, à gauche, la ligne médiane, recouvrant, en arrière, plus de la moitié du corps utérin.

Cette tumeur présente une enveloppe de consistance fibreuse assez épaisse et déchirée à sa partie supérieure, dans une étendue de 50 centimètres, par laquelle elle donne passage au caillots sanguins.

Après avoir incisé cette poche sur la paroi postérieure, on la trouve remplie par le placenta entouré de caillots.

Le vagin renferme un peu de sang dans son intérieur.

Par le toucher pratiqué *post mortem*, on trouve le cul-de-sac antérieur effacé. Le col regarde en arrière et est placé un peu à gauche.

Les culs-de-sac latéraux et postérieurs sont libres.

On incise le vagin sur sa paroi antérieure, et l'on trouve le col entr'ouvert et ramolli dans une étendue de 12 millimètres. Col et corps sont reportés en masse du côté gauche de la ligne médiane. A 10 millimètres de l'orifice inférieur du col, se remarque un bouchon gélatineux, peu volumineux, remontant à peine jusqu'à l'orifice cervical interne. Ce bouchon paraît obturer imcomplètement le col.

La longueur de l'utérus est de plus de 10 centimètres, y compris l'épaisseur de ses parois ; la cavité du corps présente 6 cent. 1/2 de longueur.

Les parois du corps de l'utérus sont épaisses de 3 centimètres, sur sa face antérieure, y compris la muqueuse qui mesure près de 1 centimètre. Toute la cavité du corps est tapissée par une caduque qui est très-complète et descend jusqu'à l'orifice supérieur du col. Elle présente une consistance assez molle, une épaisseur considérable et une couleur rosée. A la jonction de la caduque avec la muqueuse, existe une zone rougeâtre indiquant une vascularisation considérable à ce niveau.

Il existe un petit corps fibreux, du volume d'une noisette, sous-péritonéal, et situé sur la paroi postérieure de l'utérus.

La trompe, du côté droit, contourne la tumeur placentaire et coiffe sa partie supérieure, puis postérieure, où elle s'épanouit. Par le pavillon incisé sur la face supérieure de la tumeur, on pénètre avec un stylet dans la cavité de la trompe. Mais l'on est arrêté à 2 centimètres de l'*ostium uterinum*.

Après avoir détaché la caduque au niveau du fond de la cavité utérine, on tente, mais en vain, de pénétrer avec un stylet fin dans l'intérieur de la trompe. A la partie antéro-interne de la tumeur, appliquée contre la paroi postérieure de l'utérus, on remarque, après avoir enlevé les adhérences unissant intimement les deux organes, une portion de la paroi de la tumeur plus blanche, plus résistante que le reste, du diamètre d'une grosse amande, et localisée par conséquent au bord supérieur droit de l'utérus. Il est assez facile de l'isoler du reste des parois, qui sont amincies et comme frangées à ce niveau. L'incision de cette portion de la paroi démontre qu'elle est constituée par la tumeur placentaire ; on observe des débris de corps jaunes à la face interne de la tumeur, séparée nettement du placenta.

Les parois de la tumeur, examinées à l'œil nu, et isolées des couches de fibrine qui les revêtent à l'extérieur et à l'intérieur présentent un certain nombre de fibres réunies en faisceaux, qui partent de l'orifice de la trompe et se dirigent en rayonnant pour venir aboutir à l'ovaire.

Au microscope, ces parois sont constituées par du tissu conjonctif et contiennent dans leur épaisseur des fibres musculaires lisses, faciles à reconnaître et assez nombreuses.

Les vaisseaux utéro-ovariens, très-augmentés de volume, contournent la partie antérieure de la trompe et viennent aboutir à l'ovaire, en sillonnant le paroi antérieure de la tumeur.

En incisant la tumeur de haut en bas, on voit qu'elle est formée à la superficie de couches lamelleuses concentriques, d'aspect blanchâtre, et au centre d'un tissu mou et grenu de couleur rougeâtre et de consistance placentaire. L'examen microscopique des couches externes montre qu'elles sont constituées par des mailles de fibrine contenant quelques leucocytes dans leur intérieur.

Le cordon va se terminer à la partie postérieure et inférieure

de la tumeur; il se continue en ce point avec les membranes qui enveloppent le placenta (placenta en raquette).

Du côté gauche, les annexes de l'utérus sont pelotonnés et adhèrent à la face postérieure de l'utérus, près de son bord gauche, par des brides fibreuses anciennes. Le cul-de-sac péritonéal est occupé par des brides et des adhérences anciennes qui en diminuent considérablement la profondeur.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. D'abord au point de vue du siége anatomique exact de la tumeur, il est évident, aussi bien d'après l'examen à l'œil nu que d'après l'examen microscopique, que les parois de la tumeur sont constituées par le pavillon de la trompe d'une part, et d'autre part, dans un point limité, par l'ovaire. Nous avons donc affaire à un cas de grossesse tubo-ovarienne, qu'il est important, au point de vue de la marche, de distinguer des grossesses tubaires et abdominales. En effet, dans ce cas, la rupture ne s'est faite que plus de quatre mois après le début de la grossesse, tandis que nous ne voyons presque jamais les grossesses tubaires persister au delà du troisième mois, sans rupture de la poche, comme l'ont fait remarquer bon nombre d'auteurs.

Quant aux grossesses abdominales, on sait que fréquemment elles se développent jusqu'au neuvième mois, c'est-à-dire jusqu'au terme de la grossesse, sans que l'on observe de ruptures ni de symptômes d'hémorrhagie. Nous pensons donc que la division de M. Stoltz, admise par M. Depaul en grossesses abdominales et grossesses tubaires, est insuffisante et qu'il convient, au point de vue du pronostic et de la terminaison, d'en admettre un plus grand nombre, comme le veulent MM. Dezeimeris, Cazeaux et bien d'autres.

Au point de vue des symptômes, un grand nombre de signes fonctionnels que l'on observe dans les grossesses extra-utérines, ont existé chez notre malade. Douleurs vives, existant surtout d'un côté de l'abdomen. Métrorrhagies persistantes et peu abondantes, précédées de retard dans l'apparition des règles. De plus, la malade se croyait enceinte, ce qui a été déjà noté dans beaucoup d'observations. Au moment de la rupture du kyste.

elle n'a pas rendu de caduque, et cette membrane a été retrouvée en entier dans l'utérus au moment de l'autopsie, contrairement à ce qui s'est présenté dans le cas rapporté par M. Duguet.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

De l'Hydrothérapie dans quelques troubles de la menstruation, par le Dr Beni-Barde — Dans ce mémoire. l'auteur a eu pour but de faire connaître le rôle de l'hydrothérapie dans le traitement des perturbations qui peuvent atteindre la fonction menstruelle.

Avant d'aborder cette étude, il envisage l'hydrothérapie comme moyen hygiénique et il admet que les applications d'eau froide à la surface de la peau sont très-utiles, soit à l'époque de la puberté, soit à l'âge de la ménopause.

Dans la période intermédiaire, bien qu'il pense que son intervention soit moins nécessaire, il croit cependant qu'elle peut être utile et employée sans danger, même pendant les règles.

Mais, même au point de vue des applications hygiéniques de l'hydrothérapie, il est des règles qu'il faut savoir respecter.

Ainsi la femme ne devra pas être soumise à une première application le jour où les règles apparaissent.

Si la femme est très-impressionnable, alors même qu'elle est acclimatée à la sensation que provoque l'eau froide sur la peau, il est préférable de lui faire suspendre les applications hydrothérapiques pendant la période menstruelle.

L'auteur, se demandant ensuite si *une femme grosse peut être soumise aux applications froides*, pense qu'il est préférable de s'abstenir. Cependant il est des cas où le développement de la grossesse est facilitée par l'usage des piscines tempérées ou de certaines applications froides, et il a vu certains états pathologiques dépendant de la grossesse, tels que la dyspepsie, les vomissements incoercibles, certains états nerveux s'amender assez facilement par l'usage méthodique des affusions et des lotions froides employées avec soin et une excessive prudence.

Quant à la *lactation*, elle n'est point non plus une contre-indication aux applications froides hygiéniques qui ont pour effet d'augmenter la sécrétion laiteuse et de tonifier l'organisme.

Après ces quelques considérations générales, l'auteur, admettant que les troubles de la menstruation dominent toute la série des altérations fonctionnelles de l'appareil utérin, et cela, contrairement à l'opinion de beaucoup de pathologistes, qui pensent que les anomalies de la menstruation ne constituent pas des espèces morbides, et sont toujours symptomatiques des maladies des organes génitaux ou d'autres maladies plus générales affectant l'ensemble de la constitution, étudie le rôle de l'hydrothérapie dans l'aménorrhée, la dysménorrhée et la ménorrhagie.

Aménorrhée. — L'aménorrhée, normale pendant la grossesse et l'allaitement, ne comporte aucune prescription de traitement effectif. Celle qui est symptomatique de quelque état morbide de l'utérus

réclame un traitement en rapport avec ces états morbides. Quant aux maladies chroniques où l'irrégularité menstruelle aboutit à une suppression persistante des règles, c'est principalement dans les maladies nerveuses, dans celles qui modifient le sanguification, l'anémie, la chlorose, dans certaines cachexies avec diabète, polyurie, diarrhées abondantes qu'on la rencontre, et toujours la diminution des forces dans ces divers cas, pourra céder aux moyens que l'hydrothérapie met à la disposition des praticiens.

Le traitement doit alors s'inspirer des causes qui ont produit l'aménorrhée.

De tous les procédés capables de rétablir les fonctions menstruelles chez les femmes anémiques, le meilleur moyen, d'après l'auteur, est la douche mobile que l'on peut aider si le molimen hémorrhagique se produit, sans donner lieu à un écoulement de sang, de l'action des bains de siége froids à eau courante, des douches utérines, des bains de pieds chauds, des douches chaudes dirigées sur la partie interne des cuisses et des sacs à glace de Chapman.

Ces sacs que l'on applique sur la section lombaire et que l'on peut laisser en place selon les circonstances, d'une demi-heure à deux heures, exercent sur les vaso-moteurs une action paralytique qui s'étend jusqu'aux nerfs vasculaires des pieds et produit le rétablissement des fonctions menstruelles et des fonctions de calorification.

Dysménorrhée. — L'auteur admet deux formes de dysménorrhée, la dysménorrhée nerveuse et la dysmenorrhée congestive; la première, due à des troubles de l'innervation pelvienne ou génitale, la seconde, au contraire, dépendant de lésions de l'utérus et des ovaires.

Certaines affections générales ou diathésiques peuvent compliquer ces états morbides, il faut alors joindre aux procédés qui s'adressent à la dysménorrhée, les applications générales que l'hydrothérapie met à notre disposition, pour contrebalancer l'influence des maladies diathésiques.

On doit tenir compte de l'origine nerveuse ou congestive de l'affection pour réglementer le traitement hydrothérapique.

Si la dysménorrhée est escortée de troubles nerveux et qu'elle se trouve dominée par cet état spécial qui est désigné sous le nom d'hystéralgie, il faut tout d'abord recourir aux applications sédatives, si l'excitation du système nerveux est générale, et aux applications analgésiques, si les phénomènes douloureux sont prédominants.

Si la dysménorrhée est de nature congestive, la douche mobile courte, froide et spécialement dirigée sur les reins, sur le siége, sur les parties inférieures et combinée avec l'emploi des douches chaudes, sur la partie interne des cuisses, des bains de pieds chauds administrés avant la douche mobile, pourra être employée avec avantages.

L'auteur ayant admis que, pendant les règles, il est en général inutile d'intervenir, pense, au contraire, que dans le cas de règles douloureuses, l'hydrothérapie régularise la circulation et apaise les douleurs, en facilitant l'écoulement menstruel.

Dans la dysménorrhée qui serait liée à une lésion de l'appareil utérin, l'hydrothérapie est inutile, elle doit céder la place à l'intervention chirurgicale.

Métrorrhagie. — L'auteur se pose ici la question de savoir si l'hydrothérapie peut être employée pendant la période hémorrhagique elle-même, ou si elle doit être rejetée. Il arrive aux conclusions suivantes :

« Lorsque la ménorrhagie est permanente, l'hésitation n'est pas permise et l'on doit faire de l'hydrothérapie pendant la durée de l'écoulement sanguin.

« Lorsque l'hémorrhagie est abondante et que ses conséquences peuvent exposer la femme à un danger sérieux, on n'a pas le droit de faire de la médecine expectante ; et, si les moyens de la thérapeutique usuelle sont incapables d'améliorer la situation, il faut recourir à l'hydrothérapie et l'appliquer pendant la période hémorrhagique.

« Lorsque la ménorrhagie dépend d'une atonie des nerfs vasomoteurs, comme on l'observe assez souvent chez les chlorotiques qui ont à la fois le système utérin faible et irritable, il est préférable d'intervenir pendant la période cataméniale. Toutefois, nous devons ajouter que, dans ce cas spécial, il existe des faits démontrant l'efficacité des applications froides, pratiquées en dehors de la période hémorrhagique.

« Lorsque l'abondance du flux menstruel ne menace pas la vie et ne peut produire des désordres sérieux immédiats ; lorsque la malade est très-impressionnable, très-nerveuse, et qu'elle présente une susceptibilité maladive du cerveau, des poumons et du cœur, il vaut mieux ne pas intervenir pendant l'écoulement sanguin. »

Cela dit, l'auteur examine les procédés hydrothérapiques qui conviennent dans tous les cas.

La douche en pluie produit une révulsion sur les parties supérieures du corps, qui a pour effet de contre-balancer et d'annihiler la fluxion hémorrhagique dont la matrice est le siége. La douche en pluie pour obtenir ce résultat doit être froide, de courte durée et énergique. Mais si la malade est très impressionnable, il sera bon de commencer, avant de l'employer, par un moyen qui provoque une perturbation moins grande. C'est alors que la douche mobile promenée rapidement sur la partie supérieure du corps sera un excellent auxiliaire.

L'auteur indique ensuite comme moyen de traitement l'emploi du sac à eau chaude préconisé par le Dr Chapman. Ce sac se compose de deux conduits verticaux en caoutchouc laissant entre eux un petit espace vide et remplis d'eau bouillante. Ces conduits verticaux sont appliqués sur les parties latérales de la région lombaire de la colonne vertébrale, et l'espace vide qui les sépare correspond aux apophyses épineuses. Ce sac qui peut être laissé en place pendant 10 à 15 minutes, agirait en excitant les ganglions lombaires et provoque une suractivité des filets nerveux qui émergent de ces ganglions, d'où résulterait un spasme vasculaire dans les vaisseaux de la matrice et l'arrêt de l'hémorrhagie.

Ce moyen paraît cependant supérieur à l'emploi des bains de pieds froids à eau courante. L'application de ce procédé doit être très-courte et l'eau employée très froide, et ne doit pas dépasser au début quelques secondes, l'impression du froid sur la plante des pieds produit par action réflexe le spasme des vaisseaux de l'utérus et fait cesser l'hémorrhagie. Enfin, on peut encore employer le sac à glace vaginal. Ce sac qui est en caoutchouc est introduit de quelques centimètres dans le vagin, après avoir été préalablement rempli de petit morceaux de glace ; il n'est pas nécessaire de le laisser en place fort longtemps, quelques minutes suffisent pour produire une action hémostatique ; mais comme cette action n'est que momentanée, il faut renouveler l'application jusqu'à ce qu'on ait tari l'écoulement du sang.

L'auteur termine son travail, en faisant remarquer que si la ménorrhagie n'est pas inquiétante et si l'état de la femme permet au mé-

decin d'agir entre deux époques cataméniales, il suffit quelquefois d'administrer une série d'applications froides excitantes pour obtenir la diminution de l'écoulement. Dans ces cas, il suffit d'employer les frictions avec un drap mouillé, la douche froide en pluie ou en jet. On peut aussi employer les bains de pieds froids à eau courante jusqu'au jour de l'apparition des règles. Lorsque la malade arrive à cette période, on lui conseillera le repos et la cessation des applications froides jusqu'après la disparition de l'écoulement. (*Annales de la Société d'Hydrologie de Paris*, t. XIX, p. 64, 1874).

A. L.

Des accouchements multiples en France et dans les principales contrées de l'Europe, par le Dr Albert PUECH. — Quelle est la fréquence des accouchements multiples en France et dans les principales contrées de l'Europe, telle est la question de géographie médicale soulevée par un travail inséré dans le numéro de janvier des *Annales d'hygiène*. Sans être absolument neuve, on peut dire, sans crainte d'être démenti, qu'elle a été rajeunie par la façon dont elle a été envisagée. En effet, au lieu de se borner à copier les registres des maternités, comme l'avaient fait jusqu'à présent tous les auteurs des traités d'accouchement, son auteur, le Dr Puech, a dépouillé les archives de l'état civil et établi ses conclusions sur près de TRENTE MILLIONS de naissances. Par suite de cette façon de procéder on n'a plus de renseignements sur la manière d'être d'une seule classe, mais bien des données sur l'ensemble de la société.

La natalité de la France, étudiée pendant une période de huit années, donne :

8,298,226	accouchements simples.		
83,729	—	doubles	1 : 99.
1,005	—	triples	1 : 8256.
4	—	quadruples.	

Afin de tirer de ces chiffres tout l'intérêt dont ils sont susceptibles, ils ont été décomposés par départements, et il en est résulté une étude féconde en surprises et en enseignements de tous genres. Le résultat le plus saillant, est l'inégalité des départements français au point de vue des accouchements multiples.

Voici, par exemple, une série de départements distribués au point des accouchements doubles :

1. Savoie,	1 : 75,08.	85° Corrèze,	1 : 132,54.
2. Haute-Savoie :	1 : 76,15.	86° Dordogne,	1 : 134,24.
3. Vendée,	1 : 77,02.	87° Gironde,	1 : 138,12.
4. Jura,	1 : 79,56.	88° Charente,	1 : 153,57.
5. Vaucluse,	1 : 80,26.	89° Haute-Garonne,	1 : 173,24.

Quelles sont les raisons qui ont amené des différences telles que les départements de la Haute-Garonne et de la Savoie ont pour un même nombre, l'un 10 et l'autre 23 accouchements gémellaires, c'est ce qui est l'objet d'une discussion approfondie. Est-ce l'action du climat? Evidemment non : puisque des départements voisins offrent des dissemblances très-grandes. Par exemple, le Gard et l'Hérault qui sont limitrophes et dont les habitants ont les mêmes industries, ont le premier un accouchement double pour 114 accouchements simples, alors que l'Hérault en a un pour 89. Le département du Nord en a un pour 83, alors que le Pas-de-Calais en a un pour 96, etc.

La manière de vivre des habitants et en particulier leur mode spécial d'alimentation ne sauraient nous expliquer davantage ces différences. Ce n'est pas non plus une question de races, et à ce propos

M. Puech fait une excursion dans le domaine de l'ethnologie et de l'anthropologie (p. 16).

La cause de ces différences est dans le degré de fécondité des femmes, et M. Puech montre, à l'aide de faits déjà connus et de recherches personnelles, que c'est là la véritable condition.

L'examen comparé des départements français, au point de vue de la fécondité et des accouchements doubles, vient également confirmer cette manière de voir. L'accord existant entre ces deux ordres de faits, non moins que ce qui se passe chez les femelles domestiques, l'amène à conclure que le classement n'est point l'effet du hasard, mais est la conséquence d'une loi qui peut être formulée en ces termes : « La fécondité chez l'individu ou les ascendants immédiats, est la condition indispensable de l'aptitude aux grossesses multiples. » En d'autres mots, plus un peuple est remarquable par sa fécondité, plus on relève chez lui des grossesses multiples, et *vice versa* les phénomènes sont d'autant plus exceptionnels que la fécondité est moindre.

La même étude est faite pour les accouchements triples (p. 27); les départements y sont groupés par numéros d'ordre; mais ici il y a des écarts considérables qui s'expliquent par l'exiguité des nombres. On ne se dérobe point alors à l'influence des séries, et par suite l'existence de quelques individualités reprenant tout son empire, apporte une véritable perturbation dans les données ressortant de la statistique.

Dans une dernière partie, cette étude est poursuivie dans les principales contrées de l'Europe; mais, comme elle a moins d'intérêt pour nous, nous nous abstenons d'en rendre compte (p. 29).

VARIÉTÉS.

Crayons d'iodoforme. — Depuis un certain temps, M. Gallard emploie dans son service d'hôpital des crayons d'iodoforme qu'il introduit dans la cavité du col de l'utérus et qu'il laisse à demeure, en les maintenant à l'aide d'un tampon d'ouate porté au contact du col utérin.

De mon côté, je me suis servi de ces crayons dans un certain nombre de cas, et ils m'ont paru modifier avantageusement les ulcérations contre lesquelles ils ont été utilisés.

Ils doivent être employés lorsqu'il existe une ulcération superficielle du col, ayant envahi sa cavité. Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur les ulcérations qui peuvent réclamer l'usage de ces crayons, nous dirons seulement que l'iodoforme dont ils sont formés doit être placé à côté des agents caustiques légers : teinture d'iode, nitrate d'argent, et utilisé dans les cas où ces derniers sont indiqués.

Notre intention est de donner la composition exacte de ces crayons et leur mode de préparation ; car il n'est pas toujours facile d'obtenir qu'ils se dissolvent facilement dans la cavité utérine et qu'ils présentent en même temps une certaine solidité.

M. Godin, pharmacien distingué de la ville, a bien voulu se charger de préparer ces crayons, voici le résumé de ses recherches.

Il avait tout d'abord pensé à employer le beurre de cacao additionné de 1/6 de cire jaune, par parties égales avec l'iodoforme, mais il n'obtenait ainsi que des crayons qui fondaient à la température du corps entre 37 et 38° centigrades et disparaissaient en quelques ins-

tants dans la cavité utérine en abandonnant la poudre d'iodoforme. Mais, en outre, ils étaient très-fragiles et s'écrasaient facilement sous les mors des pinces qui servaient à leur introduction.

C'est pourquoi, nous avons dû renoncer à l'emploi du beurre de cacao, et après divers essais, M. Godin a adopté la formule suivante qui nous a semblé réunir toutes les conditions désirables :

Iodoforme très-finement pulvérisé	10	gram.
Gomme arabique pulvérisée	0 50	—
Mucilage Q. S. pour consistance pilulaire.		

Divisez en dix cylindres égaux de 4 centimètres de longueur; faites sécher à l'air 24 heures.

Chaque crayon contient 1 gram. d'iodoforme, et 0,05 de gomme arabique.

Les cylindres ainsi obtenus sont durs et résistants; on peut aisément les manier et les diviser en morceaux sans les briser. Ils se désagrégent dans l'eau à la température normale et à plus forte raison dans la cavité utérine.

M. Godin a donné à ces crayons une épaisseur moitié moindre que celle du crayon de nitrate d'argent pour en faciliter la désagrégation et une certaine longueur (4 centimètres) pour permettre le dosage de l'iodoforme en prenant une longueur déterminée du cylindre.

Pour conserver ces crayons il est nécessaire de les tenir à l'abri des rayons lumineux qui altèrent, comme on le sait, l'iodoforme.

A. L.

Correspondance. — Dans la fascicule de janvier de nos Annales nous avons parlé d'un COTON STYPTIQUE inventé par M. Howitz (de Copenhague). Nous avons reçu, au sujet de cet agent, la lettre suivante d'un de nos confrères très-distingués de l'étranger, que nous croyons utile de reproduire.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans une des dernières livraisons des *Annales de gynécologie*, un article sur l'avantage et l'utilité du coton styptique, soumis à votre appréciation par un médecin danois, et que M. Howitz de Copenhague, prétend être de son invention.

Depuis plus de huit ans je me sers de ce même coton, que je prépare d'une manière tout à fait analogue : après l'avoir soumis à l'action de l'eau bouillante, je le fais sécher au four, je le trempe ensuite dans une solution de perchlorure de fer, et, quand il est sec, je le déchire en petits flocons pour le rendre plus mou et plus léger. Il m'a rendu de grands services après les opérations dont vous parlez, mais surtout dans les hémorrhagies de l'utérus et des intestins, pour le tamponnement du vagin et du rectum.

Sans vouloir insister sur ma priorité dans l'application de cet hémostatique, une longue expérience de son efficacité et de ses heureux résultats, m'autorise à vous faire aujourd'hui cette communication, dont vous disposerez comme bon vous semble.

Agréez, etc., Montroce A. PALLEN.
St-Louis, Missouri.

Ce 20 mai, 1874.

ulletin mensuel des Accouchements et des Décès constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'assistance publique de Paris pendant le mois de mai 1874.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Autres causes.	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Autres causes.	CAUSES DES DÉCÈS. TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Autres causes.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Autres causes.	MORTALITÉ P. 0/0. TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
ôtel-Dieu	13	1	»	»	»	1	7.69	»	»	»	7.79	»	2 (1)
itié	44	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
harité	33	»	2	»	»	2	»	6.06	»	»	6.06	»	1 (2)
aint-Antoine	39	1	»	»	»	1	2.56	»	»	»	2.56	»	»
ecker	6	»	1	»	»	1	»	16,66	»	»	16.66	»	2 (3)
eaujon	24	»	»	»	1	1	»	»	»	4.16	4.16	»	1
ariboisière	73	2	»	»	»	2	2.74	»	»	»	2.74	1	1
aint-Louis	67	»	»	1	»	1	»	»	1.49	»	1.49	»	1 (4)
ourcine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
ôpital temporaire (r. de Sèvres.)	2.	»	»	»	1	1	»	»	»	50.00	50.00	»	»
TOTAL	301	4	3	1	2	10	1.33	0.99	0.33	0.66	3.32	1	8
ervices spéciaux													
ochin	74	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
liniques	55	1	2	»	»	3	1.82	3.64	»	»	5.45	1	»
son d'Accouchem.	54	»	2	»	»	2	»	3.70	»	»	3.70	»	»
TOTAL	183	1	4	»	»	5	0.54	2.19	»	»	2.73	1	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	928	3	0.32
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	177	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

[1] Péritonite puerpérale.

[2] Fièvre puerpérale.

[3] Un cas de fièvre puerpérale.

[4] Fièvre puerpérale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Quelques considérations cliniques sur l'hydrocéphalie, par le professeur D. CHIARA; leçons recueillies par G. Chiarleoni. (*Gazetta delle cliniche*, 14 avril 1874.

De la manie des nouvelles accouchées, par le Dr BOTTENTUIT. (*Union médicale*, 1874, p. 442.)

Arrêt de développement de l'utérus (uterus fœtalis) avec hypertrophie du clitoris : trois observations concernant des filles de 16, 12 *et* 5 *ans*, par le Dr OGSTON. (*Œsterv. Jahrb. f. Pædiatr.*, t. II, p. 180.)

Arrêt de développement des organes génitaux avec rétrécissement de l'aorte, par le Dr PURSER. (*The Dublin Journ. of medic. sc.*, déc. 1873.)

Anesthésie obstétricale, par le Dr CH. JAMES CAMPBELL. (*Journal de thérapeutique*, 1874.)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Etudes pour servir au diagnostic et au traitement de la congestion pulmonaire de nature arthritique, par le Dr E. COLLIN, médecin inspecteur des eaux sulfureuses sodiques de Saint-Honoré (Nièvre). Delahaye, éditeur. Paris 1874.

Etude sur la nature et les propriétés thérapeutiques de l'eau minéro-thermale du Mont-Dore, par le Dr G. RICHELOT, médecin inspecteur de l'établissement thermal du Mont-Dore. Paris, 1874.

Rapport sur la création de nouvelles Facultés de médecine, présenté à l'Assemblée nationale par le Dr PAUL BERT, membre de l'Assemblée nationale. Delagrave, éditeur, Paris, 1874.

Du lait et de l'allaitement, par CHARLES MARCHAND, pharmacien de 1re classe, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris. J.-B. Baillière, éditeurs, Paris, 1874.

Les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres antéro-postérieurs, par le Dr ADOLPHE PINARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de la Société anatomique, chevalier de la Légion d'honneur. J.-B. Baillière et fils, éditeurs. Thèse de Paris, 1874.

De la métrite chronique, par le Dr BELLOU, médecin consultant aux eaux de Saint-Sauveur. Thèse de Paris, 1874.

La Jeune Mère, ou l'Education du premier âge, numéro de juillet 1874, Dr Brochard, rédacteur en chef.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Août 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DU TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES PAR LES EAUX MINÉRALES (1),

Par le Dr Desnos,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Ex-secrétaire et membre honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

(3e article.)

Le groupe des eaux *indéterminées* occupe ici la première place; c'est surtout dans ces sortes de métrite qu'il n'est souvent possible de le remplacer par aucune autre. Parmi les eaux de ce groupe, on remarque *Plombières, Néris, Bains, Aix-en-Provence, Luxeuil, La Malou, Evian* (Haute-Savoie), *Pfeffers* (Suisse). Les eaux de *Bagnères-de-Bigorre* qui n'ont pas de minéralisation très-formelle, qui contiennent en outre une quantité notable de barégine, doivent à ces qualités leurs propriétés sédatives et leur utilité dans les maladies du sexe féminin, surtout

(1) Voir t. I, p. 428 et t. II, p. 20.

dans celles qui s'accompagnent d'accidents névropathiques. Aussi sur un relevé de 764 observations, dues à Lemonnier, en trouve-t-on 242 concernant des maladies propres aux femmes. C'est dans les eaux du *Salut*, du *Foulon*, du *Petit-Prieur* que ces vertus sédatives sont plus marquées, c'est à elles aussi qu'on a recours dans les affections utérines. L'adjonction de l'usage interne des sources ferrugineuses de cette station au traitement balnéaire peut rendre, en outre, de grands services dans ces affections de matrice compliquées de névropathies, où l'emploi des toniques est souvent indiqué.

Les eaux calciques d'*Ussat* sont une de celles où on cultive avec le plus de soin le traitement des maladies des femmes. Elles empruntent une appropriation spéciale à ce genre d'affection, au nombre considérable de leurs sources à températures graduées, à leur remarquable aménagement auquel a présidé l'ingénieur Jules François à qui bien des thermes célèbres, non-seulement en France mais en Europe, doivent leurs installations perfectionnées. Aussi la station d'Ussat est-elle une de celles qui peuvent fournir à la clinique thermale gynécologique un des plus sérieux contingents d'observations utiles.

Nommons encore parmi les eaux indéterminées, mais comme jouissant d'une notoriété moindre que les précédentes, celles d'*Encausse* (Haute-Garonne), de *Foncaude* (Hérault).

Les eaux *sulfureuses*, les sulférées sodiques en particulier, sont généralement trop actives pour les métrites irritables. Il y a cependant un petit nombre d'exceptions à faire à cette règle.

Il est remarquable notamment de voir le succès obtenu, dans un certain nombre de maladies de l'utérus qui appartiennent à ce groupe, par les eaux de *Saint-Sauveur*. C'est ce dont on peut se convaincre en lisant les observations recueillies près de cette source. Et cependant, les eaux de Saint-Sauveur contiennent une proportion fort notable de sulfure de sodium (2 centigrammes par litre). Il est probable que c'est à l'association du sulfure sodique avec des proportions assez considérables de matière organique que Saint-Sauveur doit ses applications heureuses à ces espèces de métrites qui, de prime abord, sembleraient devoir en être éloignées. Peut-être est-il juste de faire

une part dans ces succès à l'habitude qu'ont les médecins de cette station de soigner les maladies utérines et à la sagesse avec laquelle ils les traitent.

Les *Eaux-Chaudes*, très-faiblement sulfurées, se sont encore acquis une réputation méritée dans le traitement des métrites de cette espèce.

Les sources faibles de *Cauterets* sont également applicables à ces cas. Celle du *Petit-Saint-Sauveur* est le plus souvent employée. Du reste ce n'est que quand l'hyperesthésie n'est pas excessive qu'il est permis de faire intervenir ces eaux sulfureuses.

Les mêmes remarques s'adressent aux sulfureuses *dégénérées*, aux sources *blanches* et *bleues* (1) qu'on trouve dans quelques stations sulfureuses, telles que celles d'*Ax*, d'*Amélie*, de *Luchon*, de *Moligt*, du *Vernet*, d'*Olette*, de la *Preste*.

Parmi les *chlorurées*, une seule chlorurée sodique faible, contenant beaucoup de matière organique, celle de *Bourbon-Lancy* est appliquable à la métrite éréthique.

Quoique avec plus de difficultés les bicarbonatées sodiques de *Vichy* et les bicarbonatées mixtes d'*Ems*, de *Saint-Nectaire*, de

---

(1) On appelle eaux *dégénérées* des eaux sulfurées sodiques qui, par l'action de l'air sur les sulfures, se décomposent. Quelle que soit la théorie chimique à laquelle on se rallie, il faut reconnaître que cette décomposition donne lieu à un dépôt de soufre, qui forme une véritable émulsion (Filhol) et donne à l'eau une couleur laiteuse, qui constitue dans les dégénérées le phénomène du *blanchiment*, dont le *bleuissement* n'est qu'un degré. Les eaux blanchissantes sont donc des eaux dégénérées dans lesquelles le principe minéralisateur essentiel, c'est-à-dire le sulfure de sodium ou l'acide sulphydrique est profondément modifié dans sa composition primitive. Cependant nous préférerions, avec M. Mialhe, l'expression d'eaux *modifiées*, pour éviter une dénomination qui pourrait jeter sur ces eaux un discrédit sans fondement. En effet, ainsi que nous l'avons fait remarquer ailleurs, pas plus que l'expression d'eau indéterminées, ce caractère de dégénérescence ne doit éveiller l'idée d'une infériorité thérapeutique. Si, sous le rapport de leurs caractères chimiques elles sont altérées, pour le thérapeutiste, elles changent de propriété, elles en acquièrent qui sont souvent précieuses. D'excitantes, elles deviennent sédatives, voilà tout. De plus, ces eaux dégénérées contiennent des sulfites et des hypo-sulfites alcalins auxquels elle doivent, selon la remarque de M. le professeur Gubler, des propriétés anti-fermentescibles et anti-zymotiques fort appréciables en quelques circonstances, dans les maladies des femmes, et notamment dans quelques espèces de leucorrhées.

Royat, peuvent encore être mises à contribution dans cette espèce d'inflammation. de la matrice, mais il devient nécessaire de redoubler de précautions. Toutefois il est une pratique, propre à quelques-unes des sources de cette classe, qui me paraît tout particulièrement utilisable dans la métrite irritable et dont il ne me semble pas qu'on ait tiré tout le parti dont elle est susceptible. Je veux parler des injections ou douches utéro-vaginales de gaz acide carbonique Il résulte, en effet, des études de MM. Mojon, Constantin Paul, Salva, Le Juge, Demarquay, Ch. Bernard, et de mes propres observations, que ces douches calment très-efficacement les douleurs internes de la métrite, les névralgies de l'utérus et du vagin. Nous n'allons pas plus loin. Qu'elles aient par elles-mêmes une action résolutive, comme on l'a prétendu, cela est possible, mais cela nous paraît moins démontré. D'ailleurs il est fort possible qu'en faisant taire les phénomènes douloureux, elles diminuent par cela-même la fluxion entretenue par la douleur et contribuent ainsi, d'une manière indirecte, à la résolution de l'inflammation, à la cicatrisation des ulcérations. Des appareils convenables pour les douches d'acide carbonique existent depuis un certain temps à Vichy. Ils faisaient défaut à Royat jusqu'à ces derniers temps. ils viennent d'y être installés. Il y aurait lieu de donner dans ces deux stations une plus grande extension à leur emploi. Ces douches n'auraient-elles pour résultat que de faire tolérer plus facilement le traitement par des eaux assez énergiques qu'elles rendraient déjà un grand service.

A la métrite éréthique, il convient de rattacher, sous le rapport du traitement thermal, la *dysménorrhée membraneuse*. Cette maladie ou plutôt ce syndrome, longtemps entouré d'une grande obscurité et sur lequel la lumière ne commence à se faire que depuis quelques années, grâce aux travaux d'Oldham, de Simpson, de Semelaigne, de Bernutz, de Laboulbène, de Troque, de Courty, de Seredey, d'Henri Huchard et Labadie-Lagrave doit être divisé en deux grandes classes.

Dans la première, il s'agit d'avortement méconnus ou non, avec chute de la caduque. De celle-ci nous n'avons pas à nous occuper.

Dans la seconde se rangent les faits où, en dehors de toute conception, voir même chez des filles vierges, sont expulsés, à l'occasion de la congestion mensuelle utéro-ovarienne, avec des ménorrhagies souvent abondantes, avec des douleurs très-vives qui rappellent assez bien celles de l'accouchement, augmentant progressivement d'intensité, durant un plus ou moins grand nombre d'heures et même de jours, soit des débris de membranes, soit même une membrane représentant exactement la forme de la cavité de la matrice avec son orifice cervical et les ouvertures des trompes, offrant d'ailleurs à l'œil nu et au microscope les caractères anatomiques de la muqueuse utérine. C'est cette espèce de dysménorrhée membraneuse qui intéresse le médecin hydrologue, car quelles que soient les opinions qu'on admette sur le mécanisme selon lequel elle se produit, et on est en général porté à admettre aujourd'hui qu'elle est le résultat de l'inflammation de la membrane interne de l'utérus, il faut reconnaître qu'elle s'accompagne des symptômes les plus accusés de la métrite irritable. C'est donc le traitement thermal de celle-ci qui lui est applicable, ce sont les mêmes eaux qui lui sont propres. C'est ce que reconnaissent MM. Huchard et Labadie-Lagrave lorsqu'ils déclarent que les bains de mer doivent être délaissés comme trop excitants. Mais ils se montrent peut-être trop faciles pour des eaux aussi puissantes que les eaux d'Uriage, de Niederbronn, de Kreuznach, de Kissingen. La ténacité de la dysménorrhée pseudo-membraneuse, sa résistance aux moyens thérapeutiques dirigés contre elle, pourrait faire penser qu'on a souvent recours, pour la combattre, au traitement hydro-minéral. Cependant les observations en sont rares dans la clinique thermale, ce qui est peut-être en rapport avec la rareté relative de la dysménorrhée membraneuse elle-même.

Les auteurs que je viens de citer ont rapporté un exemple d'insuccès des eaux de Plombières. Ces échecs de la médication thermale ne sont cependant pas constants. Ainsi M. Lécorché a publié un exemple de guérison par les eaux de Saint-Sauveur. Son observation est d'autant plus intéressante qu'il a pu suivre

sa malade après la cure et constater que la guérison se maintenait.

En regard de la métrite irritable on pourrait peut-être placer, par opposition, la métrite *torpide*; celle qui ne provoque ni réactions générales de l'organisme, ni réactions locales, celle qui ne répond que difficilement aux sollicitations anti-hygiéniques, qui supporte sans accidents les médications énergiques. Cette métrite réclamerait les eaux les plus fortes parmi les différentes classes d'eaux très-minéralisées (chlorurées sodiques, sulfureuses, bicarbonatées sodiques), en même temps qu'on pourrait faire appel aux procédés balnéaires et hydriatriques les plus puissants.

Les eaux indéterminées, à l'exception peut-être de Gastein, trouveraient rarement leur application. Mais ce type ne se rencontre pas fréquemment. Il pourrait même être considéré comme fictif par des praticiens qui n'auraient pas eu l'occasion de l'observer. Il se confond d'ailleurs sous le rapport du traitement hydro-minéral avec celui des métrites simples et des métrites compliquées de diathèse scrofuleuse; il n'y a donc pas lieu de s'y arrêter.

C. *Métrite compliquée de dyspepsie.* — Les troubles de la digestion sont un accompagnement fréquent des maladies de matrice. Mais, dans beaucoup de cas, ils n'occupent qu'un rang secondaire dans l'échelle des symptômes aussi bien que des indications. Cependant, dans quelques cas, ils prennent par leur fréquence, par leur intensité une telle prédominance qu'ils peuvent faire taire ou masquer les symptômes utérins proprement dits et faire dévier de sa voie légitime le diagnostic qui méconnaît leur véritable signification.

Les nombreuses observations que nous avons dû lire pour la rédaction de ce travail nous ont permis de relever des erreurs de cette nature. Ce n'est alors que par un examen approfondi de l'état actuel, des antécédents de la malade, par une étude minutieuse des symptômes fournis par les organes génitaux, et surtout par un examen direct, qu'on arrive à établir la valeur des troubles digestifs qui varient, alternent dans leur forme, leur

acuité, depuis une simple bradypepsie habituelle jusqu'aux plus violents accès de gastralgie. Une telle prédominance symptomatique commande l'usage des eaux qui sont en possession du traitement de la dyspepsie; d'autant mieux que ces eaux, lorsqu'elles sont convenablement choisies, sont par elles-mêmes propres à effectuer la résolution de l'inflammation utérine. C'est ainsi que, dans la classe des bicarbonatées sodiques, on conseillera *Vichy*, dans les cas particuliers où la dyspepsie n'est pas très-douloureuse et lorsqu'il n'y a pas d'anémie profonde, *Vals*, *Pougues*, moins minéralisées; *Royat*, *Saint-Nectaire*, *Ems*, dans les bicarbonatées mixtes; *Bourbon-Lancy*, dans les chlorurées sodiques faibles; parmi les sulfureuses, *Saint-Sauveur* où la source de la *Hontalade*, plus spécialement consacrée à l'usage interne est efficace contre la dyspepsie.

Les indéterminées, dont il convient de rapprocher les eaux de *Bagnoles* (Orne), fournissent leur contingent à la thérapeutique des métrites compliquées de dyspepsie. Parmi elles, il faut surtout remarquer *Plombières*, où on a une grande habitude du traitement de la dyspepsie gastro-intestinale, *Bagnères-de-Bigorre*. Lorsque les symptômes gastro-entéralgiques sont très-douloureux, il pourra arriver que ces eaux soient administrées avec bénéfice, alors que des eaux à minéralisation plus fortes ne seraient pas tolérées.

C'est encore surtout dans cette forme de métrite, soit en attendant la saison de la cure, soit dans les conditions où un voyage aux eaux ne peut être fait, qu'on se trouvera bien des *bicarbonatées sodiques* ou *calciques faibles*, avec ou sans association d'une proportion variable de fer, destinées de préférence à être transportées et prises aux repas et que, pour cette raison, on désigne sous le nom d'*eaux de table;* telles sont *Saint-Galmier*, *Saint-Alban*, *Sail-sous-Couzan*, *Condillac*, *Renaison*, *Renlaigue*. *Chabetout*, *Marcols*, *Médagues*, *Bussang*, *Orezza*, *La Bauche*, *Saint-Pardoux*. Les eaux d'*Alet* conviennent de préférence dans les formes douloureuses. Je conseille alors de les prendre pures aux repas pendant quelques jours sans y ajouter de vin. Le vin est en effet souvent très-mal supporté pendant les périodes de gastralgie.

Il est un symptôme de beaucoup de dyspepsies, et de préférence de la dyspepsie des femmes atteintes de maladies utérines, qui peut à un moment donné, prendre une importance qui nécessite une médication spéciale. Ce symptôme c'est la constipation. Ici encore les eaux transportées peuvent être extrêmement utiles. Si la constipation cède facilement, il suffit de lui opposer des eaux digestives et légèrement laxatives prises aux repas, pures ou avec du vin. Les bicarbonatées et sulfatées sodiques faibles de *Carlsbad* (Bohême), de *Miers* (Lot), les sulfatées mixtes de *Brides* (Savoie) répondent à cette indication. Si la rétention des matières fécales est plus opiniâtre, s'il est nécessaire de donner des purgatifs, les eaux minérales rendront encore de grands services. Il est, en effet, d'expérience que les purgatifs salins contenus dans les eaux minérales naturelles, lorsqu'il faut en répéter l'usage, fatiguent moins l'organisme que les purgatifs salins artificiels, qu'ils laissent après eux une tendance moindre à la constipation. On s'adressera alors à des eaux sulfatées sodiques ou magnésiques plus énergiques que les précédentes, telles que celles de *Püllna* (Bohême), de *Birmenstorff* (Suisse), de *Montmirail-Vacqueiras* (Vaucluse), d'*Hunyadi Jànos* (Hongrie).

D. *Métrite compliquée de lithiase biliaire.* — De la métrite dyspeptique on peut rapprocher celle-ci qui peut se relier à des troubles digestifs ou s'en accompagne souvent; d'autant mieux que le traitement applicable à l'une et à l'autre présente des points de contact. Abstraction faite des diverses opinions qu'il est possible d'émettre sur la pathogénie des calculs biliaires, il est d'observation que non-seulement la grossesse mais encore les affections de l'utérus à l'état de vacuité, ou des annexes de la matrice, coïncident assez souvent avec la lithiase biliaire, pour que les maladies utérines doivent être considérées comme une cause de coliques hépatiques. Que ces maladies agissent indirectement par le repos qu'elles nécessitent et l'obstacle qu'elles mettent ainsi au libre cours de la bile à travers ses canaux, ou bien qu'elles créent ce trouble générale de la nutrition en vertu duquel se font la goutte, les calculs biliaires et la gravelle urique, cela est ici d'importance

secondaire. Le fait reste. Ce point d'étiologie de la gravelle biliaire a été bien établi par M. Willemin dans son travail sur la colique hépatique. Nous-même avons eu plusieurs fois l'occasion de faire des observations qui déposent en ce sens. Cette complication de maladies utérines peut créer des indications thermales particulières. Il faudra choisir alors des stations où le traitement de la colique hépatique est institué fructueusement et dont les eaux puissent agir efficacement sur la métrite. Sous ce rapport *Vichy*, *Ems* et *Royat* nous offrent de réels avantages. Une nouvelle indication de ces mêmes stations, et particulièrement de *Vichy* surgira encore de la coïncidence assez fréquente de la colique hépatique et de la gravelle urique. Mais il peut arriver que le foie lui-même, surtout à la suite de coliques récentes, ou bien que la matrice ou, enfin, l'organisme entier soient momentanément ou toujours trop excitables pour tolérer des eaux aussi énergiques. Il faudra alors recourir à des eaux moins actives, dans le but sinon de guérir la disposition organique qui engendre la lithiase, au moins d'atténuer l'éréthisme général, les phénomènes douloureux du côté du foie et de la matrice. On s'adressera avec avantage à celles des eaux du groupe des indéterminées que nous avons signalées comme particulièrement applicables aux maladies de l'utérus. Dans les cas de complication de gravelle urinaire, et surtout si celle-ci avait entraîné du côté des reins, des bassinets, des uretères ou de la vessie des accidents inflammatoires qui nécessitassent une médication spéciale et contre-indiquassent celle de Vichy, on devrait songer aux sources de *Contrexéville* (Vosges) ou à leurs congénères de *Vittel* (Vosges). En même temps qu'elles agiraient favorablement sur les voies urinaires, ces sulfatées calciques peu minéralisées qui, par leur composition, se rapprochent beaucoup des indéterminées et pourraient même y être rangées, seraient utiles et contre les accidents hépatiques, en modifiant la nutrition, et contre la lésion utérine.

E. — *Métrite compliquée de névralgies et de paralysies.* — Les névralgies qui accompagnent la métrite sont une complication si banale de cette maladie qu'elles peuvent ne pas

mériter une attention particulière. Cependant il arrive parfois qu'elles prennent un degré tel d'intensité qu'elles dominent et la scène morbide et la thérapeutique. Le mécanisme selon lequel elles se produisent est du reste double.

Dans un premier groupe, de beaucoup le plus nombreux, il s'agit de névralgies réflexes; de névralgies ilio-lombaire le plus souvent, de névralgies intercostales plus rarement. Ces espèces de névralgies cèdent souvent, sans traitement hydro-minéral, aux moyens ordinairement usités contre elles (révulsifs, narcotiques appliqués de diverses manières). Mais lorsqu'elles résistent et qu'on ne compte plus pour les combattre que sur un traitement thermal, il faut se garder des eaux actives excitantes, des médications à haute température. On doit choisir des eaux indéterminées : *Néris*, qui figure au premier rang des stations où on traite avantageusement les névralgies, *Plombières*, *La Malou*, *Bagnères-de-Bigorre*, *Ussat*; des sulfureuses douces, *Saint-Sauveur*, les *Eaux-chaudes* ou des sulfureuses dégénérées. Certaines pratiques hydriatriques, la douche écossaise notamment, peuvent présenter une utilité spéciale.

Dans un second groupe, il s'agit de névralgies par compression ou inflammation propagée de certains troncs nerveux. Ces névralgies sont des névralgies d'une ou de plusieurs branches du crural ou du sciatique. Elles sont moins fréquentes que les précédentes. De plus, elles ne sont pas seulement propres à la métrite; on peut même dire qu'elles s'y rencontrent moins souvent que dans d'autres lésions des organes du petit bassin (déplacements avec engorgements, pelvi-péritonite ou phlegmon péri-utérin). Si nous en parlons ici, c'est au point de vue de la régularité nosographique. D'ailleurs la signification et le traitement des névralgies par compression ou propagation dans les déplacements utérins et dans les phlegmasies péri-utérines ne diffèrent pas de ceux des névralgies semblables que produit la métrite. Le raisonnement indique que, pour faire disparaître ces névralgies, il faut provoquer la résolution des produits inflammatoires qui causent ces compressions ; que ces produits siègent dans le tissu même de la matrice ou en dehors d'elle. De là, à préconiser, selon les cas, des eaux énergiques qui sem-

blent les plus propres à provoquer cette résolution, il n'y a qu'un pas. D'où l'usage de bicarbonatées, de chlorurées sodiques plus ou moins puissantes. Et de fait, le succès peut justifier cette logique. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et il ne faut pas oublier que les névralgies par compression peuvent n'être pas plus subordonnées que les réflexes, et que, comme elles, elles sont appelées, en certaines circonstances, à commander la thérapeutique. On sera obligé alors de mettre en œuvre les mêmes eaux que nous conseillions tout à l'heure contre les complications de névralgies réflexes, c'est-à-dire les mêmes eaux inermes, les mêmes sulfureuses faibles ou les mêmes sulfureuses dégénérées.

On a beaucoup parlé des paraplégies utérines, mais longtemps on est resté sans en déterminer nettement la signification pathogénique. Ce n'est que dans ces dernières années que ce travail a été fait.

Les observations de MM. Nonat, Bernutz, Wolf démontrent que ces paraplégies sont le résultat d'une action mécanique, de la compression, dans le bassin, des nerfs lombo-sacrés, plus exceptionnellement des nerfs cruraux, par l'utérus engorgé ou par des phlegmasies péri-utérines. Elles ont une signification analogue à celle des névralgies de notre dernier groupe qui d'ailleurs les précèdent parfois. Elles indiquent seulement une altération profonde des nerfs, le centre spinal restant hors de cause.

Elles offrent, du reste, une physionomie clinique qui permet de les reconnaître. Elles ne sont presque jamais complètes d'emblée, elles restent souvent unilatérales, et, si elles occupent les deux membres inférieurs, ce n'est que consécutivement, par l'extension du produit qui engendre la compression. Il arrive même que celle-ci n'agissant que sur un certain nombre de cordons nerveux, les muscles animés par ces nerfs sont seuls immobilisés. D'ailleurs, le toucher vaginal ou rectal permet de reconnaître et de localiser la lésion qui détermine la compression, d'en suivre les progrès ou la diminution, parallèlement avec la marche de la paralysie.

Quant aux paralysies réflexes, c'est-à-dire aux paraplégies

purement fonctionnelles, ne pouvant reconnaître aucune autre cause qu'une souffrance de l'utérus, sans déplacements de cet organe, sans compression possible des nerfs contenus dans le bassin, paraplégies réflexes auxquelles M. Brown-Séquard paraît disposé à accorder une assez large part, on est encore à en trouver une observation authentique, ainsi que l'a démontré M. Jaccoud dans ses importantes *Études sur les paraplégies et l'ataxie du mouvement.*

Est-ce à dire qu'il ne puisse co-exister avec des maladies de l'utérus et de ses annexes, affectant même avec elles des rapports de causalité, des paralysies qui, si elles ne sont pas purement fonctionnelles, ne se lient pourtant d'ordinaire, à leurs débuts du moins, qu'à des lésions superficielles de l'axe cérébro-spinal? Telle n'est pas notre pensée.

En effet, soit que la métrite soit devenue le point de départ du développement d'une hystérie caractérisée, soit que celle-ci, trouvant ses racines dans une prédisposition héréditaire ou acquise de l'organisme, ait préexisté à la maladie de matrice, il n'en est pas moins vrai que cette névrose peut, à un moment donné, présenter un nombre de ces symptômes, ou même, comme unique manifestation, une paralysie de siége et de physionomie variables, mais qui revêt volontiers la forme de paraplégie. Les paraplégies utérines doivent donc être séparées en deux groupes bien distincts : 1° paraplégies par compression nerveuse, 2° paraplégies hystériques.

Les paraplégies dues à des désordres considérables de la moelle, à des myélites vulgaires qu'on peut rencontrer chez quelques femmes atteintes de maladie de matrice ne constituent qu'une simple coïncidence. Nous n'avons pas à nous en occuper. Leur traitement thermal se confond avec celui de la myélite.

Les paraplégies de la première espèce posent les mêmes indications que les névralgies de même ordre; à savoir la nécessité de favoriser la résolution des produits plastiques utérins ou péri-utérins qui tiennent sous leur dépendance la compression et les altérations des nerfs. Les mêmes eaux doivent donc être mises en œuvre, à savoir des eaux fortes et moyennes, chlo-

rurées sodiques, bicarbonatées sodiques simples ou mixtes, et notamment *Bourbon l'Archambault*, *Bourbonne*, *Lamothe*, *Balaruc* parmi les chlorurées ; *Vichy* parmi les bicarbonatées sodiques; *Royat*, *Ems*, *Saint-Nectaire* au nombre des bicarbonatées mixtes. Puis vient toute la série des sulfureuses, en choisissant de préférence celles où l'on a l'habitude du traitement des maladies des femmes.

Les bains de boues minérales chaudes, généralement très-excitants, trouveraient, au même titre que les eaux fortes précisées et dans les mêmes cas, une application utile. Il en serait de même des bains de sable des plages du Midi.

Il semble qu'ici les troubles hyperesthésiques de la sensibilité étant nuls ou moins accentués que dans les névralgies par compression, on peut s'adresser plus volontiers à une médication puissamment excitante, dans le double but et de provoquer la résorption des produits épanchés dans le petit bassin et de restaurer la contractilité, peut-être même la reconstitution histologique des muscles qui doivent avoir plus ou moins souffert de la compression de leurs nerfs. Il en est effectivement ainsi dans certains cas. Mais il ne faut pas penser que les choses se passent toujours avec toute la simplicité désirable. D'ailleurs, la paralysie du mouvement n'est point absolument exclusive de l'exaltation de la sensibilité. On voit parfois une même lésion nerveuse produire en même temps l'athénésie et l'hyperesthésie. Il est inutile de développer les raisons physiologiques qui rendent compte de ce fait d'observation. D'autre part, alors même que la paralysie et l'inflammation pelvienne supporteraient facilement et réclameraient volontiers un traitement hydro-minéral énergique, il pourrait exister une susceptibilité générale de l'économie qui ne permît pas de l'employer. Il faudrait alors recourir aux indéterminées, à *Néris*, à *Plombières*, à *Luxeuil*, aux eaux de *Tœplitz*, à celles un peu plus excitantes de *Gastein*, à *Pefffers*. Il paraît qu'on a retiré, dans les paralysies utérines, de bons résultats des eaux de *La Malou*. Celles de *Bourbon-Lancy*, qui forment le trait d'union entre les chlorurées sodiques moyennes et les indifférentes, doivent être rapprochées des précédentes.

Quant aux paraplégies, ou pour parler plus exactement, aux paralysies hystériques, car elles affectent des siéges multiples, elles relèvent surtout des eaux faibles. C'est l'opinion d'hydrologues français et étrangers, au nombre desquels il faut citer Le Bret et Helfft; c'est ce qui paraît ressortir de la discussion de la Société d'hydrologie.

C'est donc aux mêmes eaux indéterminées que nous venons de rappeler, à celles de *Bain* où on a traité avantageusement la paralysie hystérique, qu'il faudra recourir. Sur le même rang, mais avec plus de difficultés peut-être pour les appliquer, on placera les sulfureuses faibles et dégénérées. Rien nedémontre, selon la remarque de M. Durand-Fardel, que de l'utilité des eaux de Baréges contre la paralysierhumatismale, dérivent leurs avantages contre les paralysie hystériques, ainsi que le voudrait M. Leroy (d'Étiolles), et il y a lieu de croire que ces espèces de paralysies doivent être détournées de sources aussi actives.

F. *Métrite compliquée de phlegmatia alba dolens.* — Maladies essentiellement aiguës, la métrite puerpérale et la phlegmatia alba dolens qui peut l'accompagner ne sont pas tributaires des eaux minérales. Mais il arrive en certains cas que métrite et phlegmatia passent l'une et l'autre à l'état chronique. Elles relèvent alors de la médication thermale.

La phlegmatia alba dolens, bien différente des simples thromboses cachectiques, par sa marche, par ses symptômes, par son anatomie pathologique, est une maladie rebelle qui, parfois, pendant des mois et des années, laisse son empreinte sur le membre qu'elle a frappé, en ce sens que par la marche ou même pendant le repos, les femmes éprouvent un gonflement notable du pied, de la jambe et de la cuisse. On conçoit qu'en raison de la gêne qu'elle produit, la phlegmatia puisse, au point de vue des indications du traitement hydriatrique, primer celles que fournissent les affections des organes du petit bassin. D'ailleurs, il est souvent possible de les concilier toutes, et le même traitement thermal utilement dirigé contre l'hydropisie du membre inférieur peut être également favorable à la curation de la mé-

trite. On comprend aussi les services que peuvent rendre contre la phlegmatia les qualités résolutives d'un traitement thermal, si l'on réfléchit qu'il ne s'agit pas seulement dans cette maladie de coagulations sanguines des veines profondes, mais encore, comme le rappelait récemment M. le professeur Sée dans une leçon clinique, d'inflammations multiples ayant pour siége le tissu cellulaire, le derme, le système lymphatique.

Ces considérations nous conduisent à conseiller des eaux actives propres à provoquer la résolution de la phlegmasie et la résorption des produits épanchés. C'est à ce titre que nous indiquons les *bicarbonatées sodiques* ou les *bicarbonatées mixtes*, telles que *Vichy*, *Vals*, *Ems*, *Royat*, *Saint-Nectaire* que la *Source rouge* ferrugineuse rend plus propre au traitement des cas compliqués d'anémie; les *chlorurées sodiques*, telles que *Salins*, *Salies-de-Béarn*, *Bourbonne*, *Bourbon-l'Archambault*, s'il y a complication de lymphatisme.

Il faut, pour instituer le traitement, que la maladie ait déjà une certaine durée, que la résorption graduelle des coagulations sanguines profondes se soit effectuée, ce qu'on reconnaît à la disparition des dilatations compensatrices des veines superficielles qui s'établissent dans les premiers temps de la maladie.

Le traitement thermal que nous indiquons est surtout dirigé en vue du gonflement des membres inférieurs, mais il faut qu'il ne soit pas contre-indiqué par l'espèce d'inflammation utérine concomitante. Il suppose des métrites assez tolérantes. Celles qui accompagnent la phlegmatia ne le sont pas toujours assez pour s'y accommoder. Il est nécessaire de recourir à des eaux plus douces, à la série des *indéterminées*. Les applications résolutives des conferves de *Néris*, pourraient trouver ici une application toute spéciale. Ou bien on s'adressera aux sulfureuses douces, à *Saint-Sauveur*, aux *Eaux-Chaudes*, aux sources douces de *Cauterets*, d'*Ax*, aux *sulfureuses dégénérées*, selon l'excitabilité plus ou moins grande de l'utérus. Pour être moins efficace que les précédentes contre l'hydropisie des membres inférieurs, la médication thermale par ces dernières classes d'eaux minérales est cependant effective, et elle possède au moins l'avantage de ne pas aggraver certaines métrites.

G. *Métrites compliquées de diathèses.* — a. *Métrites compliquées de diathèses rhumatismale et goutteuse.* — Dans le plus grand nombre des cas, la diathèse rhumatismale, de même que la goutte, ne porte pas directement son action sur l'utérus et ses annexes, en ce sens qu'elle n'y provoque pas d'emblée d'inflammation qui lui soit propre, comme on la voit frapper sur certains groupes de tissus ou d'organes; les articulations, le cœur, les séreuses, par exemple. Il est même intéressant de constater que l'utérus est à peu près seul à faire défaut sur la liste des organes qu'atteint le rhumatisme viscéral, car les travaux en petit nombre publiés sur le rhumatisme utérin ne font guère allusion qu'à un accident de la grossesse, et quelques observations, considérées comme des faits de rhumatisme de la matrice en état de vacuité, ne sont pas propres à porter la conviction dans l'esprit. Mais il n'en est pas moins vrai que chez les femmes atteintes de rhumatisme chronique, constitutionnel, ou en puissance de goutte, les causes banales de la métrite agissent avec plus d'énergie, et que cette maladie, une fois constituée, tend à persister tant que n'a pas été combattue efficacement la diathèse qui la complique. D'ailleurs, la métrite des rhumatisantes emprunte à cette association un caractère d'irritabilité qu'on ne retrouve pas dans d'autres formes d'inflammation de la matrice; elle présente dans sa marche, dans ses alternatives d'exacerbation et d'amendement, une susceptibilité très-formelle aux mêmes influences climatériques et atmosphériques qui agissent sur le rhumatisme.

Ce sera donc, selon le degré de tolérance de l'organisme entier et de la matrice, au traitement thermal du rhumatisme qu'il faudra s'adresser.

Le traitement par les eaux *sulfurées sodiques* ou même *calciques* à température élevée occupe ici le premier rang. Les eaux d'*Aix-en-Savoie*, de *Bagnols* (Lozère), sont au nombre des plus puissantes, mais aussi desp lus excitantes. *Saint-Sauveur*, *Ax*, les *Eaux-Chaudes*, *Luchon*, le *Petit Saint-Sauveur*, de *Cauterets*, représentent une médication plus facilement tolérée. Les *sulfureuses* et *chlorurées sodiques d'Uriage* seront applicables aux cas assez fréquents où le lymphatisme vient compliquer le rhuma-

tisme; et si cette complication prend une plus grande prédominance, si une scrofulose caractérisée accompagne le rhumatisme, il faudra faire appel aux chlorurées sodiques chaudes.

D'autres fois toutes ces eaux, depuis les sulfureuses les plus faibles, ne pourront être supportées. Les *indéterminées* seront alors de la plus haute utilité, car, outre qu'on y traite avec succès le rhumatisme, elles s'adaptent heureusement au traitement de la métrite.

Les bains de boues, les bains de sable sur les plages du Midi peuvent être heureusement administrés contre quelques cas de métrites compliquées de rhumatisme.

Il est à noter que certaines rhumatisantes atteintes de métrite voient pendant l'hiver disparaître, tant au point de vue de l'état de l'utérus que de l'état général, le bénéfice du traitement institué pendant la saison chaude. Il serait donc très-opportun de les faire séjourner dans une station d'hiver où pourrait être suivi un traitement thermal. Quelques établissements français offrent cet avantage de posséder en même temps des installations d'hiver, des eaux minérales, et un climat favorable. Ce sont notamment ceux du *Vernet* avec ses eaux sulfureuses dégénérées, d'*Amélie* qui compte aussi parmi ses sources des eaux dégénérées, situé au pied du versant méridional du Canigou, dans un climat qui permet la culture en pleine terre des oliviers, des cactus, des lauriers-roses, des citronniers et des orangers; enfin de *Dax*, station hivernale du sud-ouest de la France, où un établissement considérable, ouvert toute l'année, vient d'être créé dans une ville qui repose sur une nappe d'eaux à faible minéralisation, très-propres au traitement des maladies de matrice.

Plus rarement que le rhumatisme, la goutte complique les affections utérines. La goutte d'ailleurs est relativement rare chez la femme. Mais lorsqu'elle accompagne la métrite, elle devient une source d'autant plus positive d'indications qu'elle se manifeste par quelques-unes des lésions hépatiques ou rénales (lithiases biliaire ou urique) pour lesquelles les maladies utérines constituent déjà une prédisposition en dehors même de l'existence de la goutte. On prescrira alors les eaux alcalines de *Vichy*, de *Vals*, de *Pougues*. Et si l'excitabilité de l'utérus ou l'état géné-

ral n'en permettent pas l'emploi, on fera usage des eaux à minéralisation plus faible, *indéterminées* le plus souvent, qui possèdent une notoriété dans le traitement de la goutte. Telles sont celles de *Contrexéville*, de *Vittel*, d'*Evaux*, de *Dax*, de *Néris*, de *Plombières*, de *Bagnères-de-Bigorre*, d'*Encausse* (Haute-Garonne), d'*Ussat*.

b. *Métrite compliquée de scrofule, de lymphatisme, de phthisie pulmonaire.*— La scrofule vers laquelle le tempérament lymphatique n'est qu'un acheminement, une prédisposition, ne produit pas de lésions de l'utérus qui lui soient propres, c'est-à-dire qu'on ne voit pas se développer dans la matrice, sur le museau de tanche, de ces scrofulides viscérales, de ces lupus hyperplasiques et ulcéreux, comme on en observe sur le voile du palais, sur le pharynx. Tout au plus trouve-t-on du côté de l'utérus et du vagin, par le fait du lymphatisme ou de la scrofule, une disposition particulière au catarrhe avec écoulements plus ou moins abondants, sans autre lésion de l'appareil urétro-vaginal. Mais lorsque, sous une influence quelconque, une métrite se développe chez une scrofuleuse, elle devient rebelle à la thérapeutique si la scrofule n'est pas modifiée. Elle présente, en outre, au point de vue de l'absence de l'excitabilité de l'économie aussi bien que de l'état local, les caractères que nous avons assignés à la métrite torpide. Les eaux à minéralisation puissante sont donc particulièrement recommandées, et en première ligne les *chlorurées sodiques fortes*, les *sulfureuses*, les *sulfureuses mixtes et chlorurées sodiques*. Il suffit de rappeler dans les chlorurées sodiques les noms de *Salins* (Jura), de *Bourbonne*, de *Bourbon l'Archambault*, de *Salies-de-Béarn*. Les chlorurées sodiques allemandes de *Nauheim*, de *Kreuznach* sont également applicables à la métrite des scrofuleuses. Aux eaux de Kreuznach, il conviendrait cependant, selon la remarque de M. le professeur Gubler, de préférer celles de *Salins-Moutiers* (Haute-Savoie) qui possèdent la thermalité en même temps qu'une minéralisation supérieure à celle de Kreuznach dont, ajoute M. Gubler, l'eau froide à peine dégourdie et médiocrement chargée ne mérite à aucun point de vue la vogue dont elle jouit encore même parmi nous. Les piscines de Moutiers, alimentées par une eau thermale toujours

courante et fortement minéralisée, offrent un mode de balnéation spécialement approprié au traitement des maladies des femmes.

Les chlorurées sodiques arsénicales de *la Bourboule* (Puy-de-Dôme), qui possèdent pour le traitement de la scrofule une réputation si légitime, doivent être placées sur le même rang que les précédentes. En dehors de la complication scrofuleuse, elles sont du reste peu usitées dans la thérapeutique des affections utérines.

M. Durand-Fardel redoute les chlorurées sodiques chez les femmes prédisposées aux métrorrhagies. Il préfère chez ces malades les eaux *bicarbonatées sodiques* qu'il considère comme tempérantes. M. Gallard fait remarquer que la tendance aux hémorrhagies est surtout le fait des premières périodes de la maladie, de celles qui s'accompagnent de mouvements fluxionnaires intenses et répétés. Elle disparaît au contraire lorsque la métrite est arrivée à la période d'induration anémique. Alors les *chlorurées sodiques* plus excitantes que les bicarbonatées ne sont plus à craindre et jouissent, en raison de leur activité même, d'une puissance résolutive plus marquée.

Nous croyons que, dans la majorité des faits, l'opinion de M. Gallard est fondée. Cependant, en raison de conditions individuelles dont il n'est pas toujours possible de déterminer l'origine, on trouve, en dehors des considérations empruntées à la marche et à l'anatomie pathologique de la maladie, des métrites dont la période hémorrhagipare se prolonge et dont il faut tenir compte. Les réserves de M. Durand-Fardel sont alors justifiées.

Les *sulfureuses fortes* qui sont difficilement supportées dans beaucoup d'inflammations du système utéro-ovarien, trouvent ici leur place.

Aux eaux *sulfureuses et chlorurées mixtes d'Uriage*, il convient d'ajouter les *sulfurées calciques, chlorurées sodiques et bromo-iodurées* de *Gréoulx* (Basses-Alpes). Tout en exerçant une action reconstituante, elles paraissent moins excitantes que les précédentes.

Il ne faut pas croire cependant que la complication scrofuleuse emporte nécessairement l'idée d'une tolérance absolue de

l'utérus. On trouve exceptionnellement, il est vrai, chez des femmes nettement strumeuses, des métrites très-irritables. Il faut alors revenir aux sulfureuses douces de *Saint-Sauveur*, des *Eaux-Chaudes*, aux *sulfureuses dégénérées*, ou même à la série des *indéterminées*.

Il est d'expérience qu'il existe chez les tuberculeuses affectées de métrite une sorte d'alternat entre les manifestations des lésions pulmonaires et les symptômes de la phlegmasie utérine, de telle façon que lorsque la métrite s'amende, la phthisie s'aggrave, et réciproquement. C'est donc une pratique sage que de ne pas s'attacher à guérir les métrites des tuberculeuses, pas plus par le traitement thermal que par tout autre. Tout au plus, quand les symptômes de la métrite prennent une trop grande prédominance et deviennent, par eux-mêmes, une source d'épuisement, est-il permis, si on envoie pour la phthisie ces malades près d'une source qui puisse en même temps convenir aux affections utérines, de conseiller quelques pratiques destinées à atténuer l'inflammation de la matrice. En tout cas, l'indication fournie par l'état des poumons ne doit pas être sacrifiée, pour le choix d'une eau minérale, à celle qui résulterait de l'état de la matrice.

c. *Métrite compliquée de diathèse herpétique* (1). — Déjà Chomel professait dans ses leçons les rapports étiologiques qui unissent à la diathèse dartreuse certaines lésions du col de l'utérus.

Ultérieurement, cette opinion a été défendue par Astrié et par M. Tillot dans leurs thèses inaugurales. Plus récemment encore, les altérations de l'utérus d'origine dartreuse ont été l'objet d'un mémoire sur l'*herpétisme utérin*, publié par M. Gueneau de Mussy dans les *Archives de médecine*, en 1871.

(1) Sans entrer dans des discussions doctrinales qui nous entraîneraient trop loin, nous dirons que nous entendons ici par herpétisme, ou diathèse herpétique, la diathèse dartreuse, sans examiner si celle-ci doit être confondue avec la goutte et le rhumatisme sous le nom d'uricémie, comme le voudrait M. Gigot-Suard ; ou si elle possède une existence qui lui soit propre, si elle est une des maladies capitales de M. Pidoux, ou bien, enfin, si elle n'est qu'une forme dérivée ou dégénérée de l'arthritisme dans son passage à travers des générations successives. Malgré son utilité, la solution de cette question n'est point indispensable pour cette étude.

Peut-être n'est-ce pas dans les caractères objectifs que présentent les lésions du col de l'utérus qu'il faut s'attendre à trouver la physionomie clinique de l'herpétisme utérin. Mieux vaut la chercher dans l'ensemble de la constitution, dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades, dans l'existence antérieure ou concomitante de dartres cutanées, du prurit vulvaire, dans l'abondance et les qualités particulièrement irritantes du catarrhe utérin et vaginal, dans l'intensité des retentissements et des troubles nerveux, dans la prédominance des viscéralgies. Les eaux minérales que conseille M. Gueneau de Mussy, quand les phénomènes douloureux sont prédominants, sont celles de *Néris*, d'*Ussat*, de *Plombières*. Quand l'hyperesthésie n'est pas excessive, il leur préfère en général les eaux tièdes et sulfureuses douces, comme les *Eaux-Chaudes*, celles de *Saint-Sauveur* et les sources les plus faibles de *Cauterets*. Elles ont, dit-il, une action tonique qui ne détruit pas leur influence modératrice sur le système nerveux, et elles joignent à ces avantages celui d'avoir pour élément minéralisateur, un modificateur énergique des affections cutanées chroniques. Les eaux dégénérées et alcalines d'*Ax*, d'*Amélie*, de *Molitg*, doivent être réservées pour les cas où les *sulfureuses faibles* seraient considérées comme étant encore trop actives. La *Bourboule*, *Royat* ne seraient indiquées que dans les circonstances où à l'élément dartreux se joindrait un élément lymphatique très-prononcé qui n'aurait pas été modifié par les eaux sulfureuses.

Dans son dernier travail sur les eaux de *Mont-Dore*, M. G. Richelot insiste sur leur efficacité contre le catarrhe utérin. Le catarrhe utérin relève de formes multiples de la métrite: M. Richelot ne nous dit pas à quelles espèces de catarrhes il a eu affaire. Ne serait-ce point precisément contre les flux de l'herpétisme utérin que les eaux arsénicales seraient plus particulièrement utiles. C'est là un point de thérapeutique thermale que je me permets de signaler à son attention.

(*A suivre.*)

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE

SUR L'UTÉRUS SAIN, MALADE OU GRAVIDE (1).

Par le Dr Edouard Burdel,
Médecin de l'hôpital de Vierzon.

(3e et dernier article.)

L'observation suivante vient du reste compléter et pour ainsi dire corroborer celle du Dr Duboué et démontre, ainsi que nous le disions, que la quinine, loin d'être un abortif, arrête au contraire l'avortement prêt à s'effectuer en tonifiant le système vasculaire utérin.

Obs. II. — Madame B...., femme d'un ingénieur distingué, âgée de 27 ans, mère de deux enfants, et d'une très-bonne constitution, habitant ordinairement les environs d'Orléans, vient s'établir, étant enceinte de trois mois et demi, dans les environs de Vierzon, vers la fin de l'été, à l'époque des fièvres, et malheureusement dans une région des moins salubres, eu égard aux conditions palustres. Aussi, un mois après son installation, elle se sent prise de malaises, avec céphalalgie, chaleur sèche, mouvements fébriles, etc., qu'elle attribue à la fatigue causée par son emménagement. Après avoir gardé le lit quelques jours, se sentant un peu mieux, Madame B...., veut se lever pour vaquer à ses occupations ordinaires ; lorsque, le 23 septembre 1869, elle se sent prise de frissons très-marqués et d'envies de vomir. Appelé près d'elle, je constate, après un examen attentif, que Madame B.... est atteinte d'une fièvre palustre, mais sans pouvoir dire quel sera le type que va affecter la fièvre, et craignant en outre un avortement causé par cette fièvre. Je le redoute d'autant plus que Madame B...., m'avoue s'être blessée il y a environ un an, après deux mois et demi de gestation.

Je me contente de prescrire des boissons rafraîchissantes pendant le cours de l'accès, désirant revoir la malade le lendemain, afin de m'édifier sur le genre de fièvre qui apparaît, ainsi que sur l'accident que je redoute.

Le lendemain 24, je constate que la fièvre est à son déclin et que la veille après le frisson, a succédé une chaleur sèche, brûlante, et à celle-ci une sueur abondante, existant encore à ma visite.

(1) Voir T. I, page 437, et T. II, page 30.

Mais, pendant la nuit, Madame B...., a éprouvé de légères coliques, avec des tiraillements dans les reins, et elle me dit avoir eu un petit écoulement sanguin accompagné de contractions utérines, comme si elle eût dû accoucher, me dit-elle.

Instruit par l'expérience et sachant que la fièvre palustre est une cause abortive de premier ordre, et que, lorsqu'il est possible d'administrer la quinine à temps, on peut conjurer l'accident, je prescris de suite le fébrifuge à la dose de 0,60 centigr. d'abord, et, si la fièvre reparaît, attendre l'apyrexie pour en administrer une seconde dose semblable. Je fais part aussitôt à M. B...., homme très-intelligent, de la position de sa femme et de la crainte que j'ai de la voir avorter; mais en même temps de l'espoir qui me reste encore de pouvoir conjurer l'accident qui la menace en administrant la quinine, sans perdre un instant. Le médicament fut donné quelques heures après mon départ et peu de temps après l'écoulement sanguin s'arrêta ainsi que les coliques; mais le lendemain, n'ayant pas administré la quinine assez tôt, Madame B.... est reprise de fièvre avec frisson violent, coliques et perte plus abondante. On m'envoie chercher et, en présence de la perte plus forte que la veille, des contractions utérines plus marquées, j'annonce à Monsieur B.... que je redoute l'avortement pour la nuit prochaine. Cependant, je crois utile, malgré tous ces symptômes, malgré la fièvre en plein paroxysme, et comme un dernier effort au milieu d'un espoir perdu, d'administrer la quinine à doses fractionnées de 0,20 centigrammes toutes les heures, jusqu'à concurrence d'un gramme, j'ajoute des frictions sur le ventre avec de l'huile d'amande douce laudanisée.

Le lendemain, j'apprends avec étonnement que les douleurs se sont calmées pendant la nuit et avec elles l'écoulement sanguin ; lorsque j'arrive, je trouve la malade dans l'apyrexie la plus complète et je fais administrer 0,80 centig. de quinine en deux doses, la première sera prise à neuf heures du matin, la seconde à deux heures d'intervalle.

La journée se passe bien, ainsi que les suivantes; la fièvre est coupée, les accidents sont conjurés, et Madame B.... continue pendant trois jours encore à prendre 0,40 centigrammes de sulfate de quinine.

Pendant trois semaines la santé de Madame B...., très-ébranlée par cette secousse, semble reprendre son équilibre, l'appétit est excellent, et ni les coliques, ni l'écoulement n'ont reparu ; toute la famille ainsi que moi-même nous nous réjouissions du résultat obtenu, lorsque le 20 octobre, la fièvre revint encore, légère d'abord pendant deux jours, et plus intense le troisième. Mandé aussitôt, je retrouve la malade en plein paroxysme de fièvre, visage vultueux, yeux injectés, agitation, envies de vomir, coliques avec contractions intermittentes, mais cette fois sans écoulement sanguin. Je reprends la même médication, avec

cette seule différence que chaque prise de quinine est accompagnée d'un granule d'extrait thébaïque de 0,01 centigr.; elles prendra ainsi quatre doses de 0,20 centigr. de quinine et 4 granules. Les accidents n'ont cessé que six heures après la première prise du médicament. A ma visite du lendemain, 24 octobre, je trouve Madame B.... calme, reposée, mais fortement abattue; l'abattement persiste les 25, 26 et 27, heureusement sans fièvre. Pendant ces cinq jours, Madame B.... absorbe 2 gr. 80 centigr. de sulfate de quinine et de suite je conseille les préparations toniques, le vin de quinquina, les ferrugineux, régime fortifiant, etc. Et afin de prévenir toute récidive, je prescris des doses de 0,40 centigr. de quinine à prendre pendant trois jours de suite, tous les neuf ou onze jours, cela pendant cinq semaines.

Grâce à ce traitement et à ce régime, la grossesse de Madame B.... a poursuivi son cours aussi favorablement que possible, mais nous lui conseillons de changer promptement d'air aussitôt qu'elle sera transportable. Elle quitte, en effet, les environs de Vierzon, alors qu'elle était arrivée près du septième mois de sa grossesse et retourne habiter les bords de la Loire; deux mois après, j'apprends avec satisfaction qu'elle est heureusement accouchée à terme d'un enfant qui n'a pas semblé avoir souffert des crises morbides qui sont survenues pendant la gestation et qui deux fois de suite ont failli mettre un terme à son existence.

Cette observation nous semble non moins et peut-être plus significative encore que celle de notre confrère, le Dr Duboué, elle démontre plus péremptoirement, s'il est possible, que non-seulement la quinine n'est pas abortive, mais que, par ses propriétés toniques et son action contractile qui s'étend sur les nerfs vaso-moteurs, elle est à la fois hémostatique et par conséquent anti-abortive.

Dans l'observation qui suit, nous allons voir, comme dans la précédente, la quinine arrêter la fièvre ainsi que l'avortement prêt à s'effectuer; mais l'administration de la quinine ayant été interrompue par le mauvais vouloir des parents, la fièvre reparaît et détermine l'avortement.

Obs. III. — Madame G...., âgée de 26 ans, enceinte de six mois, est à sa quatrième grossesse; d'une bonne constitution et bien portante habituellement, elle se sent prise depuis cinq jours environ d'accès de fièvre, qui d'abord quotidiens, affectent le type tierce. Ces accès, traités par le sulfate de quinine à la faible dose de 0,30 centigr. seu-

lement, disparaissent après deux doses, et si ce n'était un peu d'anémie comme en laissent toujours après elles les fièvres telluriques qui persistent, on dirait Madame G...., dans son état normal ; elle est soumise à un régime tonique, analeptique et fortifiant, ainsi qu'au vin de quinquina. Mais après trois semaines environ, alors que Madame G...., se croyait pour longtemps exempte de semblables accès, la fièvre reparaît en type tierce d'abord et quarte dans la suite. Cette fois les parents se refusent à administrer la quinine que j'avais prescrite, je me retire et j'apprends qu'on a usé de soi-disant fébrifuges qui ne le sont que de nom, et lorsque plus tard on m'a appelé de nouveau, je retrouve Madame G.... en pleine cachexie palustre avec leucocytémie, anémie, œdème, anasarque, rien n'y manque. Ce n'est plus alors à la quinine que j'ai recours, car dans cette période de cachexie, le sel alcaloïde n'a plus d'action, le tube digestif même ne le tolère qu'avec peine ; c'est aux préparations de quinquina que je m'adresse, aux extraits, aux potions vineuses, etc., mais, hélas, il est trop tard, la fièvre devient pour ainsi dire continue, l'atonie est extrême, par la main on constate l'affaissement du globe utérin, le col de l'utérus est mou, flasque et dilaté ; par l'auscultation, on ne sent qu'à grand peine le bruit du cœur du fœtus ; enfin j'annonce un avortement prochain et peu de jours après mes craintes se confirment, Madame G...., met au monde un enfant mort depuis peu, que la cachexie n'a pas épargné.

La mère a pu résister à cet effroyable désordre organique, mais il lui a fallu de longs mois et passer par de graves complications avant de retrouver la santé.

Enfin, comme dernier témoignage de l'innocuité de la quinine pendant que l'utérus est gravide, il me reste à citer une dernière observation par laquelle on verra qu'une femme enceinte au quatrième mois, atteinte d'une simple névralgie faciale, à type intermittent et pour ainsi dire sans fièvre, a pu prendre sans en être incommodée, et pendant assez longtemps, du sulfate de quinine, lequel n'a provoqué aucun symptôme abortif.

Obs. IV. — Madame L...., âgée de 25 ans, a déjà trois enfants, et malgré quelques légers accès de rhumatisme, dont elle a été atteinte il y a trois ans, sa santé s'est maintenue aussi bonne que possible. Enceinte de quatre mois, elle a été prise d'une névralgie faciale, d'abord légère, mais qui devint bientôt intolérable ; la douleur s'est portée surtout sur les rameaux sus-orbitaires et frontaux. Cette névralgie après avoir été d'abord presque continue, n'a pas tardé à affecter

le type intermittent quotidien. Traitée d'abord par le vésicatoire morphiné, la douleur s'était sensiblement apaisée, mais elle manifesta plus que jamais son type intermittent. C'est alors qu'après avoir administré des pilules de sulfate de quinine, à la dose de 0,30 centigrammes par jour, puis de 0,60 centigr., nous vîmes sous l'influence de ce traitement la douleur se calmer et disparaître ; mais hélas, onze jours après, cette douleur reparut aussi intense. J'aurais désiré faire des injections hypodermiques de quinine associée à la morphine ; mais sur le front, chez une femme, je redoutais les quelques inconvénients qui ne sont rien lorsque les injections sont faites sur toute autre partie du corps ; bien que la malade n'eût pas de fièvre, je prescrivis une seconde fois les pilules qui restèrent sans effet à la dose de 0,60 centigr. ; il fallut arriver à 0,80 centigr. et même à 1 gramme.

Bien qu'à cette époque l'expérience m'eût démontré l'innocuité de la quinine, j'avoue cependant que j'eusse préféré les injections hypodermiques. Madame L.... prit pendant sept jours 1 gramme de sulfate de quinine par jour, et sans en être incommodée ; enfin, tous les dix ou onze jours, par crainte de récidive et sans me consulter, Madame L.... prend encore 3 grammes de quinine, ce qui en sept semaines donne un total de 15 grammes de sulfate de quinine administrés à une femme dont l'utérus était gravide.

Je clos cette observation en ajoutant que la grossesse suivit parfaitement son cours, et se termina par un accouchement heureux, et que, pendant l'administration de la quinine, Madame L.... ne ressentit de l'action de ce médicament que les effets physiologiques connus, c'est-à-dire ivresse quinique, bourdonnements des oreilles, etc., mais rien de particulier sur l'utérus. Ce fut la vessie qui fut influencée par le médicament, en déterminant des envies fréquentes d'uriner.

N'était-ce pas dans un cas semblable qu'il était possible de s'assurer si véritablement oui ou non, la quinine possédait des propriétés abortives ? Car dans ce cas la fièvre était pour ainsi dire nulle, la névralgie n'était que locale, et les symptômes généraux que très-secondaires. La malade a même dépassé nos prescriptions, en ce sens qu'elle a absorbé une dose de quinine double de ce que nous avions ordonné ; et, en résumé, il n'est arrivé aucun accident, il ne s'est développé aucun symptôme pouvant faire supposer une action abortive.

Ce n'est donc pas sans raison qu'au début de ce chapitre nous avons dit que la question avait été déplacée, et que c'était à tort qu'on avait attribué à la quinine les accidents produits

par les troubles fébriles. On n'a pas assez fait attention, ainsi que nous l'avons fait observer déjà, que, dans les fièvres intermittentes franches et aiguës, le système nerveux ganglionnaire était le premier et principal frappé : c'était, en effet, un point essentiel à établir si l'on voulait dégager la vérité de ce fait physiologique. N'était-il pas très-important de démontrer que les plexus de la vie organique et ceux qui particulièrement président aux fonctions et aux rouages de cette vie renfermée dans la cavité abdominale, ne pouvaient être frappés sans que les organes qui sont animés par ces différents plexus soient aussi eux-mêmes atteints, et que l'organe frappé, la fonction l'était aussi.

Comment donc interprétera-t-on ces douleurs profondes qui, pendant l'accès de fièvre, attaquent si fortement la région splénique et avec elle toute la circulation abdominale? Quelle signification donnera-t-on à ces angoisses si violentes qui siégent dans les hypochondres et la région hépatique, donnant souvent lieu à des vomissements bilieux incoercibles, et d'autres fois couvrant en quelques instants la peau d'une forte teinte ictérique? Sinon les troubles profonds qui sont l'empreinte de cette névrose pyrétique envahissant en tout ou en partie le système ganglionnaire. Et quand plusieurs fois on aura été témoin de ces scènes pathologiques, on ne se refusera pas à admettre que la fièvre intermittente puisse être dans bien des cas une cause abortive, lorsqu'elle atteint un utérus gravide.

L'erreur commise par ceux qui ont voulu voir la quinine possédant des propriétés thérapeutiques abortives, tient à ce qu'en voyant l'action névrosthénique de la quinine sur les nerfs vaso-moteurs provoquer une contractilité tonique sur les ramifications veineuse et artérielle, ils ont confondu cette action avec celle que certaines substances, l'ergot de seigle entre autres, exercent aussi non pas seulement sur les fibres musculaires lisses de l'utérus, mais spécialement sur le globe utérin en entier.

On peut donner sans trop d'inconvénients la quinine à doses élevées et continues à des femmes (que l'utérus soit gravide ou non), voire même à des hommes, sans occasionner d'autres

troubles que ceux que chacun connaît et qui se dissipent aussitôt que le médicament est interrompu, tandis qu'il n'en saurait être de même avec l'ergot de seigle.

Pour moi qui ai vécu longtemps dans un pays palustre et qui, par conséquent, puis me permettre de parler par expérience et *de visu* des avantages et des inconvénients de l'ergot de seigle ; pour moi qui ai vu fréquemment des accidents être provoqués par l'usage de cette substance, non-seulement dans l'alimentation, mais encore dans la thérapeutique, je crois pouvoir avancer avec certitude que les effets de l'un et de l'autre de ces médicaments sont loin d'être semblables.

Que si la quinine, en impressionnant les nerfs vaso-moteurs, étend sa puissance d'action jusque sur les dernières ramifications de la circulation, du moins cette action a des limites et ne va pas plus loin.

Que si, au contraire, l'ergot agit spécialement comme la quinine sur les fibres musculaires lisses des vaisseaux artériels, cette action contractile s'étend plus loin et avec infiniment plus de puissance, car plus d'une fois nous avons été appelé pour conjurer les accidents produits par l'ergot, alors qu'il avait été donné intempestivement à trop hautes doses.

DE

L'EMPLOI DE L'ALCOOL

DANS LE TRAITEMENT

DES SUITES DE COUCHES (1).

Par M. le Dr FAUGEYRON.

Nous devons dire, dès le commencement de ce travail, que pour nous, admettant complètement les idées de M. le professeur Béhier et de notre excellent maître M. le Dr Gallard, nous considérons la femme récemment accouchée comme une blessée, exposée dès lors à tous les accidents infectieux qui peuvent être les tristes conséquences d'une plaie en suppuration. Le

(1) Extrait de la thèse de M. le Dr Faugeyron.

plus grave de tous les accidents survenant à la suite de l'accouchement est, sans contredit, l'infection purulente, qui peut être produite, soit par une phlébite des veines de l'utérus, soit par l'inflammation suppurative des organes du petit bassin. Sa gravité est telle qu'il y a quelques années, on considérait la mort comme fatale dans ces cas-là. Pour Bérard, il n'y avait pas de remèdes contre l'infection purulente; Velpeau regardait comme voués à une mort presqu'inévitable tous les malheureux atteints de cette terrible affection. Toutefois, quelques observations recueillies çà et là vinrent démontrer la possibilité de la guérison.

Castelnau et Ducrest, dans leurs remarquables recherches, avaient montré dès 1845 qu'un animal soumis à des injections successives de pus pouvait, si on cessait d'infecter ainsi son organisme, arriver à la guérison après avoir présenté tous les symptômes de la pyohémie. Bientôt Sédillot, reprenant ces travaux d'expérimentation et les rattachant à la clinique, professa que les cas de guérison étaient nombreux. Nous ne saurions partager complètement l'opinion de cet auteur; nous croyons, en effet, que, tout en étant possible, la guérison est fort rare dans l'infection purulente.

Chez la femme en couches, l'infection purulente se termine le plus souvent par la mort; les purgatifs, le sulfate de quinine, l'alcoolature d'aconit ont été donnés sans succès.

Frappés de la gravité de cette affection et de l'inefficacité des divers traitements employés, nos maîtres, se basant sur les propriétés physiologiques de l'alcool, eurent l'idée de le donner dans les accidents puerpéraux graves. Cependant, cette pratique fut peu suivie jusqu'à ses dernières années, et M. le Dr Gallard nous paraît être le premier qui ait employé l'alcool d'une façon méthodique et persévérante chez les nouvelles accouchées, atteintes d'infection purulente ou des diverses phlegmasies qui peuvent y conduire : phlébite utérine, abcès des ligaments larges, etc. Nous avons pu observer quelques malades soumises à ce traitement, et nous avons toujours été frappé de l'amélioration qui suivait l'emploi de l'alcool : le frisson cessait, le pouls était ralenti, la température baissait notablement, et les forces

de la malade étaient remontées d'une façon remarquable; elle semblait renaître, si je puis m'exprimer ainsi.

Les heureux effets de l'alcool nous ont paru dignes d'attirer notre attention et nous ont encouragé à préconiser son emploi dans le traitement de ces accidents.

Le diagnostic d'infection purulente qui a été porté dans nos trois premières observations nous semble bien établi par les symptômes qu'ont présentés les malades, néanmoins, nous avons voulu citer, dans une observation déjà publiée par M. Longuet, l'histoire d'une femme qui a présenté des symptômes analogues à ceux que nous avons observés chez les trois premières malades, et chez laquelle les résultats de l'autopsie sont venus justifier le diagnostic qui avait été porté. Cette observation montrera aussi que nous ne prétendons pas obtenir toujours le succès par l'emploi de l'alcool.

Nous aurons soin, après chacune de nos observations, de faire ressortir les phénomènes par lesquels l'alcool aura manifesté ses effets bienfaisants.

Observation I.

Infection purulente à la suite de couches; potion de Tood ; guérison.

(Communiquée par M. le Dr Gallard.)

C... (Augustine), demoiselle de magasin, âgée de 19 ans, réglée à 16 ans et demi. Ses époques furent toujours à peu près régulières. Elle a toujours eu une bonne santé; au mois de mars 1873, elle devint enceinte pour la première fois; aucun accident ne vint entraver sa grossesse, et elle accoucha à terme le 3 janvier 1874 ; l'accouchement fut normal (douze heures de travail), et la délivrance naturelle. Pas de douleurs, pas d'hémorrhagie ; l'enfant bien portant fut mis en nourrice. Pendant les huit jours suivants, la malade se trouva assez bien ; elle avait cependant de la fièvre et gardait le lit; le huitième jour après son accouchement, elle fut prise de frissons, avec céphalalgie violente, dyspnée et douleur au-dessous du mamelon gauche ; la fièvre augmenta d'intensité ; pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre. Un médecin, qui fut appelé, fit appliquer un vésicatoire sur le côté gauche de la poitrine, et des cataplasmes sur le ventre. Le point de côté diminua, mais la fièvre persistait; les frissons, très-intenses, revenaient plusieurs fois par jour et duraient en-

viron trois quarts d'heure; ils étaient suivis d'une chaleur vive et de sueurs froides très-abondantes. Vers cette époque, après les premiers frissons, la malade eut une forte perte pendant dix minutes environ. Cette hémorrhagie s'arrêta brusquement; un léger écoulement sanguin persista cependant, pendant les premiers jours de février.

Le 9, la malade éprouva une violente douleur dans le côté droit de la poitrine, la respiration était très-gênée et une toux sèche et fréquente augmentait la dyspnée; crachats visqueux et sanguinolents. Les frissons persistaient, mais avec moins d'intensité et de fréquence.

Le 17 février, elle entre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Gallard, salle du Rosaire, n. 26. Voici dans quel état on trouve la malade au moment de la visite : elle est dans le décubitus dorsal; le facies pâle et amaigri exprime la souffrance; la respiration est courte et fréquente; 60 inspirations à la minute; toux sèche et presque continuelle; le point de côté persiste à droite; à gauche, il a disparu; à la percussion, on trouve en arrière et à droite : matité depuis la base du poumon gauche jusqu'à l'angle supérieur de l'omoplate; à gauche, sonorité exagérée au sommet; à la base, matité dans une hauteur de trois travers de doigt environ; les vibrations thoraciques sont conservées des deux côtés, mais plus faibles à droite. A l'auscultation, souffle broncho-pleurétique des deux côtés, surtout à droite; du même côté, voix résonnante et un peu chevrotante. Râles assez gros et rapprochés de l'oreille; les crachats sont colorés en rouge et visqueux. Du côté de l'abdomen, pas de douleurs spontanées; en appuyant fortement on détermine des douleurs dans le bas-ventre et dans la fosse iliaque gauche; légère tension, qui s'explique par l'accouchement récent; aucune trace de médicament, preuve que l'attention n'a point été attirée de ce côté, avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Au toucher, l'utérus est revenu à peu près à son volume normal, le contact du doigt y détermine de la douleur; le col est déchiqueté et légèrement entr'ouvert; le vagin est chaud et laisse écouler un liquide muco-purulent. Dans les culs-de-sac latéraux et dans le cul-de-sac postérieur, on trouve de l'empâtement et on provoque de la douleur; pas de battements artériels sous le doigt. La région hépatique est douloureuse à la pression; pas de douleurs spontanées; le foie ne déborde pas les fausses côtes; inappétence complète, soif vive; il y a eu deux vomissements depuis le début de la maladie; légère diarrhée depuis deux jours. P. 115, T. 38,5, Insp. 55. — Potion, avec 50 gr. d'eau-de-vie et 5 gr. d'alcoolature d'aconit, une cuillerée toutes les deux heures. Une pilule d'extrait thébaïque de 5 cent., tilleul orangé; glace pilée à l'intérieur; potages.

18 février. Les crachats sont toujours sanguinolents, sueurs abon-

dantes dans la nuit du 17 au 18. Le soir à 7 heures, frisson qui dure une demi-heure; même traitement.

Matin. P. 120, T. 37,5, Insp. 45°. — Soir. P. 115, T. 38,5.

Le 19. Matin. P. 96, T. 37,5, Insp. 35. — Soir. P. 120, T. 38,4 Insp. 40.

Même traitement, plus 1 gr. de tannin que l'on ajoute à la potion alcoolique, à cause de la persistance de la diarrhée.

Le 20. Deux frissons, l'un à 7 heures du matin, l'autre à 10 heures du soir; même traitement.

Le 21. Il n'y a pas eu de frisson, mais seulement du frissonnement; les crachats prennent la couleur jus de pruneaux, ils sont épais et adhérents ; la température n'est pas très-élevée. Le pouls, petit et irrégulier, bat 115 à 120 fois par minute ; la toux est très-fréquente ; même traitement.

Le 22. Crachats pelotonnés et purulents; matité en arrière et à droite, le long du bord spinal de l'omoplate; dans le même point, respiration soufflante et retentissement de la voix; au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, bronchophonie et souffle intense ; dans les grandes inspirations, râle sous-crépitant, entre l'angle inférieur de l'omoplate et la colonne vertébrale ; à gauche, respiration soufflante ; douleurs vives au creux épigastrique et dans la région hépatique ; rien du côté de l'abdomen, les douleurs provoquées par la pression dans le bas-ventre ont disparu ; même traitement.

Le 24. Les symptômes semblent se localiser dans le poumon ; l'état général ne s'aggrave pas. P. 115, la température oscille entre 37° et 38°; sueurs abondantes ; la malade a rendu une partie de ses aliments; même traitement; on applique un large vésicatoire camphré sur le côté droit de la poitrine.

Le 27. L'appétit revient peu à peu ; on permet un œuf à la malade, même traitement.

Le 28. Matité dans le tiers inférieur de la poitrine, à droite seulement, respiration soufflante du même côté ; râles sous-crépitants des deux côtés, mais plus nombreux à droite ; toux fréquente ; les crachats très-abondants, sont purulents, déchiquetés, nummulaires. La peau est toujours moite et le pouls fréquent. Température normale ; douleurs au niveau de l'appendice xiphoïde; même traitement.

Cet état persista jusqu'au 10 mars, en s'améliorant un peu, la malade prenait quelques aliments. Ce jour-là, en faisant un léger effort pour se retourner sur son lit, elle s'évanouit subitement ; son visage était pâle et couvert de sueurs, la respiration fréquente et embarrassée, le pouls rapide. Elle resta ainsi sans connaissance pendant environ cinq minutes ; des aspersions d'eau froide et des sinapismes appliqués sur les membres inférieurs la ranimèrent, et cet accident n'eut aucune suite et n'entrava en rien la marche de la convales-

cence. Les jours suivants, la toux devint moins fréquente, les sueurs diminuèrent; la malade reprenait peu à peu des forces et restait levée quelques heures chaque jour.

3 mars. On supprime la potion alcoolique.

Le 20. L'amélioration continue, l'expectoration est normale; la toux a cessé, on entend encore quelques râles sous-crépitants, à droite; du même côté, légère douleur qui disparaît après l'application d'un vésicatoire pansé avec du chlorhydrate de morphine.

13 avril. Ce jour-là, la malade, complètement guérie, quitte l'hôpital. La respiration est normale dans toute l'étendue des deux poumons, un peu faible à droite, et un peu sèche à gauche; au sommet droit, quelques craquements avec un léger retentissement de la voix; sueurs nocturnes.

D'après les symptômes qu'a présentés cette malade, nous croyons qu'on ne peut guère nous contester le diagnostic d'infection purulente. Pour nous, dès les premiers temps, il y avait déjà de la phlébite et cette lésion nous explique le mouvement fébrile qui ne quitta pas la malade jusqu'au jour où apparurent les frissons; à partir de ce moment-là, l'infection était faite, et nous la voyons se caractériser chaque jour par des accidents du côté des plèvres, du poumon, des bronches et du foie. Du côté de l'utérus et des annexes, les symptômes étaient peu marqués, mais ce fait ne doit pas nous étonner, car nous savons que, dans ces cas-là, il en est presque toujours ainsi. Le facies était tiré, les mouvements respiratoires atteignaient le chiffre de 60 par minute, le pouls battait 115 fois; l'état général était des plus graves, et M. Gallard n'osait se prononcer sur l'issue de la maladie. Le traitement par l'alcool fut immédiatement institué, et dès les jours suivants, il se produisit sous son influence une amélioration sensible : les frissons avaient été très-intenses et se reproduisaient plusieurs fois par jour, au début des accidents; dès le 21, après trois jours du traitement alcoolique, ils ont disparu complètement. Les mouvements respiratoires ne se répètent plus que 35 fois à la minute, et le pouls ne dépasse pas 120 et descend même à 112. La température n'avait jamais été très-élevée; elle subit néanmoins un léger abaissement, et après avoir oscillé dès le début, entre 37,8 et 38,5, elle ne monte plus au-dessus de 38°, à partir du 23 et du 24. Enfin, l'état général qui était si mauvais

les premiers jours, s'améliore peu à peu, et malgré la persistance des lésions du côté des organes thoraciques, la malade reprend des forces, l'appétit revient, et elle peut arriver à une guérison complète et tout à fait inespérée.

Observation II.

Accouchement à terme d'un fœtus mort; infection purulente; potion alcoolique; guérison.

(Communiquée par M. Gallard).

S...... (Louise), âgée de 20 ans, a habité Vendôme (Loir-et-Cher) jusqu'à l'âge de 17 ans, époque à laquelle elle vint à Paris pour servir comme domestique. Son ouvrage était fatigant; elle cirait les parquets. Réglée à 11 ans et très-régulièrement, elle jouissait d'une bonne santé. Pas de phénomènes hystériques; pas de leucorrhée; elle n'a jamais toussé ni craché du sang. Devenue enceinte au mois de mai 1873, elle avorta au bout de trois mois et demi. Il ne survient aucun accident, et le rétablissement fut complet. Au moins de septembre suivant, elle devint de nouveau enceinte. Durant le cours de cette seconde grossesse, elle fut tourmentée par des accidents qui ne s'étaient point présentés la première fois : vomissements fréquents, douleurs dans le ventre, crampes d'estomac, vertiges, flueurs blanches, constipation. Dans la nuit du 8 au 9 février dernier, elle fut réveillée par une douleur violente et subite dans le ventre, à la suite de laquelle elle perdit par le vagin une quantité d'eau si grande, que le matelas et le sommier furent traversés; interrogée sur ce qui aurait pu amener cet accident, la malade répond qu'elle ne le sait pas. Elle dit seulement qu'elle a eu une frayeur dans la journée du 8. La douleur du début ne se renouvela pas, mais la malade continua à perdre de l'eau pendant toute la journée du 9. A partir de ce jour, les personnes qui l'entouraient lui firent remarquer qu'elle devenait jaune. Le 10, elle ressentit de fortes douleurs dans le ventre et entra, le soir, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le Dr Gallard (salle du Rosaire, n° 7).

Le 11 février, on examine la malade, et voici ce que l'on constate. La peau est pâle et a une légère teinte ictérique, les sclérotiques, surtout, sont jaunes. Complexion délicate; souffle anémique au cœur et dans les vaisseaux. Les seins sont volumineux. Sur le ventre, on remarque la ligne brune caractéristique de la grossesse. Il est douloureux à la palpation, et l'on y trouve une tumeur inégale, formée par l'utérus gravide. Il est impossible de trouver les battements du cœur du fœtus. Depuis hier la malade ne sent plus les mouvements de

l'enfant. Au toucher, on trouve le col élevé, ramolli, légèrement entr'ouvert, mais point dilacéré. Rien dans la poitrine.

Prescription : potion avec sirop de chlorhydrate de morphine, 30 gr.; eau de laurier-cerise, 4 gr.; onctions sur le ventre avec huile de camomille laudanisée; un quart de lavement avec 12 gouttes de laudanum de Sydenham.

Le 12. Les douleurs du ventre ont persisté pendant toute la journée d'hier, et, à trois heures, la malade a accouché d'un fœtus mort, mais très-bien conformé. Elle a été délivrée un quart d'heure après. Pas d'hémorrhagie. Douleurs dans le ventre pendant la soirée et pendant la nuit. Ce matin encore, la malade se plaint beaucoup de ces douleurs, qui se font sentir de deux côtés, jusqu'au-dessous des seins. La teinte ictérique des téguments est très-marquée. L'appétit est conservé, mais on ne permet que des bouillons. — Même traitement.

Le 13. La nuit a été bonne. Le ventre n'est plus douloureux. La malade demande à manger ; on ne lui donne que des bouillons. Potion avec 50 gr. d'eau-de-vie et 2 gr. d'alcoolature d'aconit.

Le 14 au soir. Plusieurs frissons. Les douleurs du ventre reparaissent.

Le 16, au matin, on trouve la malade couverte de sueurs et très-faible. La nuit a été cependant assez bonne. Le ventre est tendu et douloureux à la pression. Les douleurs spontanées ont diminué. Il est recouvert d'une éruption de grosses vésicules, confluentes par place, et qu'on doit attribuer à des onctions mercurielles. La langue est recouverte d'un enduit blanc-jaunâtre. Les seins sont très-douloureux ; en les palpant, on sent en plusieurs points de petites inégalités dures et douloureuses à la pression; ils sont entraînés par leur propre poids sous les aisselles, et leur tiraillement occasionne de la douleur. On les maintient avec un bandage. La malade demande de la viande, qu'on lui refuse. On prescrit des bouillons à la glace et la potion alcoolique.

Le 17. Hier soir, la malade a eu un grand froid, mais elle n'a pas tremblé; elle a pris ses bouillons. La nuit a été assez bonne. La teinte ictérique est moins prononcée. Langue moins jaune. — Même traitement.

Le 19. La teinte ictérique diminue tous les jours. On remarque, sur la lèvre inférieure, un petit groupe de vésicules d'herpès. Le ventre est affaissé et les douleurs sont moins violentes. L'éruption hydrargyrique se dissipe. Les seins ne sont plus douloureux à la pression; ils laissent écouler un peu de lait. Nuit bonne. Beaucoup d'appétit.— Même traitement.

Le 20. Le mieux continue; la malade est gaie. On supprime la potion alcoolique.

Le 23. Hier, les douleurs du ventre ont reparu, elles se font sentir

du côté gauche, près de l'aine, et s'étendent jusque dans la cuisse. Inappétence complète ; insomnie ; sueurs abondantes ; pas de nausées.

Le 24. Nuit assez bonne. Ce matin, frissons et vomissements glaireux. La malade se plaint de souffrir beaucoup lorsqu'elle rend des vents. Diarrhée. La malade va sous elle chaque fois qu'elle vomit.

Matin.	Pouls :	140.	Température :	40°.
Soir.	—	120.	—	38°.

On reprend la potion alcoolique. Glace sur le ventre.

Le 25. La malade a vomi deux fois ce matin. Nausées continuelles. Dans la nuit du 24 au 25, délire alcoolique ; elle s'est levée plusieurs fois et courait dans la salle. Pouls : 96. Température : 36,2. On continue l'alcool.

Le 26. Il n'y a eu qu'un vomissement, mais les nausées sont continuelles. Douleurs de ventre. Abattement considérable.—Même traitement; badigeonnage avec le collodion.

Le 28. Un seul vomissement la nuit dernière. Plus de nausées. Inappétence ; douleurs de ventre. Depuis plusieurs nuits, il n'y a pas de sommeil. — Même traitement.

2 mars. Les vomissements ont cessé. Il y a toujours de l'inappétence et des douleurs de ventre. Température : 37,6 le matin, et 39° le soir. — Même traitement.

Le 4. On supprime la potion alcoolique et on donne du chloral.

Le 5. Les douleurs du ventre ont cédé, mais, à la palpation, il est dur et rénitent. Pas de vomissements, la malade a seulement rendu sa potion au chloral. L'insomnie persiste. L'herpès de la lèvre inféieure a complètement disparu. De temps en temps, point de côté qui gêne la respiration de la malade. Pouls : 96. Température : 38°.

Vers le 8, la convalescence s'établit franchement

Le 30. Bon appétit; selles régulières. La malade se plaint toujours de ressentir de temps en temps une douleur dans le côté droit du ventre, surtout lorsqu'elle est restée quelque temps debout. Elle sort guérie le 20 avril.

Chez cette malade, nous voyons que les douleurs de ventre persistèrent pendant toute la journée qui suivit son accouchement. Le 13, elles cessèrent, mais elles se firent de nouveau sentir le 14, et furent accompagnées ce jour-là d'un symptôme beaucoup plus grave, c'est le frisson, qui se répéta plusieurs fois dans la soirée. Le 16, la malade était très-faible, et le facies exprimait la souffrance, la potion alcoolique fut administrée ; dès ce moment là nous vîmes disparaître les frissons. La malade

reprit des forces et se trouva bientôt dans un état si satisfaisant que l'on put supprimer l'alcool.

Ce fait nous paraît montrer d'une façon bien nette l'efficacité du traitement que nous préconisons et la nécessité de le continuer avec persévérance. Chez cette malade, en effet, il avait arrêté tous les accidents graves,et l'on pouvait croire qu'elle allait entrer en convalescence. Mais,dès qu'on abandonne l'emploi de l'alcool, l'état devient plus grave ; il n'y a pas de sommeil, l'inappétence est complète, et le 24, nous observons un frisson violent, des douleurs atroces dans le ventre et des vomissements, la température est à 40° ; le pouls bat 140 fois par minutes. On s'empresse de prescrire de nouveau l'eau-de-vie, et dès le soir, on ne compte plus que 120 pulsations, et la température est à 38°.

Dans la nuit du 24 au 25, la malade, en proie au délire alcoolique, sortit de son lit et fit plusieurs fois le tour de la salle en courant ; cet accident n'eut aucune suite fâcheuse sur la marche de la maladie, et le 20 avril, elle sortait parfaitement guérie.

Observation III.

Infection purulente ; suite de couches ; potion alcoolique ; guérison.

(Communiquée par M. Gallard).

V.... (Marie), 31 ans, marchande d'images, entrée à l'hôpital de la Pitié le 19 janvier 1870, dans le service de M. le Dr Gallard.

Réglée à 18 ans, elle a eu autrefois la variole. Elle habite Paris depuis 6 ans. Mariée depuis deux ans, elle est devenue enceinte pour la première fois il y a dix mois. La grossesse ne fut entravée par aucun accident fâcheux. La malade se nourrissait bien, mais elle n'avait pas d'appétit. Elle tousse un peu, mais n'a jamais craché de sang. Elle a accouché, il y a un mois, d'un enfant à terme, qui s'est présenté par le sommet ; l'accouchement s'est fait naturellement. Hémorrhagie au moment de la délivrance, Elle ne nourrit pas ; elle n'a eu du lait que pendant une journée. Huit jours après son accouchement, et sans avoir commis d'imprudence, elle a été prise de vomissements ; le ventre était douloureux et ballonné. Aujourd'hui, voici dans quel état se trouve la malade : elle est pâle et abattue ; fièvre avec sueurs abondantes. A la percussion, sonorité normale des deux côtés. A l'auscultation, respiration rude, à droite seulement. Souffle anémique

au cœur. Le ventre est tendu et douloureux. La malade urine bien, selles normales. Au toucher, le col est peu saillant. Dans les deux culs-de-sac latéraux, tuméfaction douloureuse, avec battements artériels, œdème des parties génitales externes. Température : 38,5. Pouls : 104. On prescrit : potion avec 50 gr. d'eau-de-vie et 2 gr. de teinture d'aconit. Injections émollientes; lavement opiacé; bouillons et vins.

20 janvier. Le ventre est moins douloureux, la malade se trouve mieux. Pouls : 100. — Même traitement.

Le 21. Pouls : 104. Température 38,5. — Même prescription.

Le 23. Ventre douloureux ; sueurs abondantes ; insomnie ; constipation. Pouls : 100. — Même traitement. — Température : 38°.

Le 24. La région hépatique est très-douloureuse à la pression. Pas de sommeil. Pouls petit : 86 pulsations. — Même traitement. — 1 pilule d'extrait thébaïque de 0,05 centigr.

Le 25. La malade a eu deux frissons. — Même traitement.

Le 26. La percussion du foie est très-douloureuse. A la base de la poitrine, à droite, on entend du souffle qui remonte assez haut. On attribue ce souffle à la présence d'abcès pulmonaires. Langue blanche ; état général très-mauvais. Pouls : 108. Julep avec 50 gr. d'eau-de-vie et 4 gr. de teinture d'aconit.

Le 27. Les frissons ne se sont pas renouvelés ; teint jaune, langue sale et humide ; pas d'appétit ; pas de sommeil. Pouls, 104 ; 26 inspirations à la minute.

Le 28. Pas de frissons; pas de douleurs dans le ventre; sueurs abondantes. Pouls petit, fréquent : 96 ; respiration soufflante dans les deux poumons ; râles sous-crépitants. — Même traitement.

Le 29. Langue toujours sale; transpiration abondante ; pas de frissons; selles régulières ; amaigrissement considérable, inappétence. Pouls petit, filiforme, à 92. — Même prescription.

Le 30. La malade a eu un frisson dans la nuit. On n'entend plus de râles dans la poitrine ; douleurs moins fortes dans la région hépatique ; la langue se nettoie. Pouls : 84 ; température : 37°. — Même prescription.

Le 31. Pas de nouveau frisson. Pouls petit, filiforme, à 80.

2 février. Les frissons n'ont pas reparu ; le ventre, qui, hier, était ballonné et très-douloureux à la pression, est moins tendu et moins douloureux ce matin ; légère douleur dans la région hépatique, par une forte pression ; moins de sueurs. Pouls : 84 ; température : 35,5. Hier, trois selles diarrhéiques. — Même traitement.

Le 3. Pouls fréquent, mais moins petit, 104; langue très-collante ; haleine fétide ; peau sèche ; pas de frisson ; pas de sueurs ; le ventre est moins ballonné; douleur vive à la pression dans la fosse iliaque droite. Température : 38,5. — Même traitement.

Le 3. L'état est à peu près le même. Le pouls se relève, et il est moins fréquent, 80.

Le 6. Pas de selles depuis quatre jours; pas de frisson; langue toujours un peu sale; sueurs. Pouls 72. — Même traitement; lavement.

Le 8. Plus de douleurs hépatiques; selles normales; bains. On supprime l'eau-de-vie. Température : 36,7.

Le 22. La malade va bien. L'état général est considérablement amé-liorée; elle mange avec assez d'appétit et se lève un peu dans la journée.

L'état de cette femme continua à s'améliorer, et, à la fin du mois de mars, elle sortit complètement guérie.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, la température ne fut jamais très-élevée; néanmoins, on la voit baisser après l'usage de l'alcool, et le 30, elle était descendue à 37°; il est vrai que le 3 février elle remonte tout à coup au-dessus de 38°; mais cette élévation ne fut que passagère; elle reprit sa marche décroissante et arriva bientôt au-dessous de 37°. Le pouls, qui battait 104 fois par minute le jour de l'entrée de la malade, oscilla pendant quelques jours, entre 100, 104 et 108; et à partir du 27, il resta au-dessous de 100 pulsations; les frissons ne se renouvelèrent pas et la guérison put être obtenue chez cette malade dont l'état avait été fort grave, et chez laquelle certains signes avaient fait craindre la présence d'abcès dans le poumon.

Une observation a été publiée dans les *Annales de gynécologie* (numéro de janvier 1874), par M. Longuet, interne distingué des hôpitaux, comme un exemple, d'un cas d'infection purulente par phlébite utérine. M. Longuet insiste surtout sur la difficulté qu'il y avait à faire le diagnostic et sur les particularités intéressantes qu'a présentées l'examen des organes après la mort. L'autopsie est venue en effet révéler la présence du pus dans quelques petites veines du plexus utérin, faisant ainsi toucher du doigt la cause des accidents graves qui ont déterminé la mort et démontrant la réalité du diagnostic porté. Les symptômes présentés par cette malade avaient beaucoup d'analogie avec ceux que nous avons observés dans nos trois observations;

nous sommes donc porté à croire que les lésions étaient à peu près les mêmes, et il nous semble que les résultats de l'autopsie rapportés dans cette observation, viennent confirmer le diagnostic d'infection purulente, porté chez nos trois malades.

C'est à ce titre, et comme pour établir une comparaison, que nous avons cité ce fait. Il montre aussi (ce que nous n'avons pas la prétention de contester) que l'alcool échoue quelquefois contre ces accidents terribles.

Dans une observation publiée dans la thèse de M. Legras (Contribution à l'emploi thérapeutique de l'alcool, Paris, 1868), nous trouvons notée cette influence heureuse de l'alcool.

M. le professeur Béhier, faisant allusion à cette observation (Dictionnaire encyclopédique, p. 608), s'exprime ainsi : « Je dois citer l'observation que j'ai recueillie d'une femme, qui, au troisième jour de sa couche, avait été prise de frissons, lesquels continuaient malgré le sulfate de quinine jusqu'au quatorzième jour ; ce matin-là, à la visite, nous la trouvâmes en proie à un de ces frissons violents qui font trembler le lit des malades. La face terreuse, jaunâtre, était profondément décomposée, le pronostic le plus fâcheux devait être porté. 100 grammes d'eau-de-vie, administrés selon la formule que j'ai indiquée plus haut, firent cesser le frisson et tomber la fièvre Le moyen fut continué; à peine çà et là quelques frissons parurent-ils encore, à intervalles irréguliers; les forces revinrent, et tout finit par l'ouverture d'un vaste phlegmon dans le rectum ; la guérison fut complète et pleinement inespérée.

« Je n'oserais intituler cette observation pyohémie, comme celles dans lesquelles Tood a signalé l'utilité de l'eau-de-vie ; la présence d'un abcès et l'issue favorable me rendent nécessairement circonspect quant à ce diagnostic, d'autant plus que mon excellent maître, le professeur Velpeau, m'a dit avoir essayé fréquemment, et toujours sans succès, l'alcool dans l'infection purulente. Mais, ce que je puis affirmer, c'est l'extrême gravité de l'état que présentait cette femme, et le triste pronostic que nous avions posé, au moment où je prescrivis l'alcool, sans aucune espèce d'espoir de succès. »

Nous croyons, avec M. Béhier, qu'il n'y avait pas chez cette malade d'infection purulente, et que la disparition de certains phénomènes graves était due à l'ouverture de l'abcès Toutefois, il nous semble que l'alcool a eu une influence heureuse sur les accidents inflammatoires qui ont précédé la formation du phlegmon. De plus, nous nous demandons si le traitement alcoolique n'a pas empêché l'infection de se déclarer ; nous n'oserions résoudre cette question ; mais nous pensons qu'elle peut être posée.

Dans la thèse de M. Legras, nous trouvons encore l'observation d'une femme primipare qui fut prise, onze jours après son accouchement, d'un frisson violent qui dura près de trois quarts d'heure. L'accouchement avait été laborieux. La malade présentait un certaint degré de rétrécissement du canal pelvien. On avait tenté l'extraction de la tête à l'aide du forceps, mais cette extraction n'ayant pu être faite, on avait dû recourir à la crâniotomie. Il s'était produit une légère déchirure du périnée.

La malade présentant un certain degré d'abattement, on avait commencé, trois jours après la délivrance, l'usage de la potion de Tood. Les alcooliques étaient administrés depuis six jours lorsque survint le frisson. On continua l'usage de ces derniers pendant huit jours, et la malade, convalescente, quittait l'hôpital quinze jours après l'appation du frisson. La plaie périnéale était presque complétement cicatrisée.

M. Legras, après avoir raconté l'histoire de cette malade, se demande quelle pourrait bien être la cause de ce frisson qui se produisit le onzième jour après l'accouchement. « En l'absence de motif plausible, dit-il, on est en droit de se demander s'il n'y avait pas un commencement d'infection purulente, puisqu'il existait une plaie en pleine suppuration. » Nous n'avons pas autorité pour résoudre une pareille question. Les accidents présentés par la malade étaient loin d'avoir la gravité de ceux que l'on observe lorsqu'il y a infection purulente, mais il reste un fait très-net et qui demeure inexpliqué, c'est ce frisson violent chez une femme onze jours après l'accouchement : en présence de la plaie périnéale, nous pensons qu'on est en droit de songer

à la pyohémie. Nous avons vu, du reste, dans nos premières observations, que l'alcool avait sauvé des malades ayant déjà éprouvé plusieurs frissons. Nous serions donc tenté de ranger ce fait au nombre de ceux qui viennent plaider en faveur de l'emploi de l'alcool dans l'infection purulente. Nous ferons remarquer toutefois que, même en n'admettant pas notre opinion sur ce cas particulier, on ne peut s'empêcher de constater l'amélioration qui a suivi le traitement alcoolique.

Conclusion.

Les faits que nous venons de publier sont peu nombreux, mais ils nous semblent assez nets pour que nous puissions en conclure à l'utilité de l'alcool dans les accidents graves qui se présentent chez les nouvelles accouchées.

Dans ces circonstances, si la température est élevée, le pouls fréquent, le facies grippé, et si les malades, tourmentées par des frissons violents, sont dans un état d'abattement complet, nous pensons que le traitement par l'alcool est le seul qui puisse donner de bons résultats. Nous n'avons pas la prétention de croire qu'il réussira toujours, mais, à notre avis, si l'on veut arracher à la mort quelques malheureuses malades, il faut employer l'alcool et le donner dès le début des accidents et surtout avec persévérance. C'est la pratique de notre savant maître M. Gallard, et les succès qu'il obtient chaque jour par cette méthode nous semblent bien faits pour nous encourager à l'expérimenter de nouveau.

DE L'INFLUENCE DES COURANTS CONTINUS

SUR LES PHÉNOMÈNES VASCULAIRES DE LA MATRICE

Par le Dr Onimus.

Nous avons déjà eu l'occasion, dans notre *Traité d'électricité*, de mentionner l'influence des courants continus sur le flux menstruel; nous avons, à cette occasion, cité un cas chez une

jeune fille de 17 ans, chlorotique et anémique au plus haut point, et qui depuis cinq mois n'avait plus eu ses règles et chez laquelle nous avons ramené la menstruation au bout de six séances d'électrisation. Hiffeshheim a également insisté sur les avantages de l'électrisation par les courants de la pile dans les cas de dysménorrhée.

Il est rare cependant que l'on ait recours aux courants électriques dans ces affections, et depuis la publication de notre Traité, nous n'avons eu qu'une seule fois l'occasion d'intervenir spécialement dans un cas de dysménorrhée; mais, par contre, nous avons pu observer un grand nombre de fois l'influence de cette médication sur les menstrues chez des femmes que nous soignions pour d'autres affections.

Le fait intéressant que nous croyons tout nouveau, est que l'influence des courants continus a lieu à distance et principalement dans les cas où nous portions les rhéophores du côté du cou, c'est-à-dire au voisinage des ganglions cervicaux sympathiques et de la partie supérieure de la moelle.

Les faits que nous allons relater se rapportent en effet à des cas où nous avons électrisé uniquement la région cervicale; nous avons par cette application obtenu d'une manière incontestable des modifications dans l'écoulement menstruel (1).

— Mme C... est soignée pour une paralysie du droit externe de l'œil droit datant de quatre mois. Un des pôles est appliqué, comme nous le faisons d'ordinaire, l'un, le positif, près du muscle paralysé, et l'autre sur le ganglion cervical supérieur. Durée du traitement, deux mois. Pendant ce temps, les règles ont avancé de trois jours et ont été plus abondantes.

— Mme D..., âgée de 32 ans, sujette aux migraines depuis dix ans, a presque toujours un retard pour ses règles. Ces migraines arrivent trois ou quatre fois par mois. Electrisation des ganglions supérieurs (trois fois par semaine). Le premier mois,

(1) Il est certain que dans le cas où l'on voudrait agir spécialement sur les phénomènes vasculaires de la matrice, le mode opératoire serait modifié. Dans ces conditions, l'influence des courants continus serait également plus considérable.

il n'y a un accès de migraine qu'au moment de l'apparition des règles, qui ont lieu trois jours plus tôt qu'à l'époque ordinaire.

Le deuxième mois, les règles sont en avance de cinq jours, mais sans migraine, et chose curieuse, il y a un accès de migraine, alors que les règles ont cessé, mais à l'époque exacte où les règles auraient dû paraître en temps ordinaire.

Le troisième mois, les règles sont plus abondantes, mais elles arrivent juste un mois après les menstrues précédentes. Il n'y a pas de migraine. Celle-ci ne se déclare qu'après six semaines à la suite d'une vive contrariété.

A partir de cette époque, le traitement est en partie suspendu, une séance tous les dix jours et depuis deux mois, la malade n'a eu qu'un accès de migraine. Les menstrues sont régulières, mais toujours plus abondantes, et au lieu d'une durée de quatre jours elles ne durent que deux à trois jours.

— Mme P..., âgée de 33 ans, est sujette aux migraines depuis assez longtemps, mais en général elle n'avait d'accès que tous les mois au moment des époques menstruelles. Sans qu'il y ait de modifications du côté de la matrice, depuis trois ans, les accès de migraine ont apparu tous les quinze jours, et depuis un an régulièrement tous les huit à dix jours. Ces accès sont des plus violents et ils durent en général trois jours et trois nuits continuellement.

Traitement : électrisation par les courants continus des ganglions cervicaux et de la portion cervicale de la moelle. L'accès de migraine n'apparaît qu'après quatorze jours et ne dure que six heures ; les règles qui apparaissent sont plus abondantes.

Les accès vont peu à peu en s'éloignant, et tandis qu'autrefois elle sentait un ou deux jours d'avance la migraine être imminente, par des douleurs vagues et un malaise général, actuellement elle est bien portante pendant tous les intervalles. La migraine débute et se termine subitement.

Les règles continuent à apparaître de deux à trois jours en avance et elles sont plus abondantes et durent moins longtemps.

— Mlle R..., âgée de 17 ans, anémique, atteinte d'une contracture hystérique des muscles du bassin et de la cuisse gauche,

qui ont fait croire pendant longtemps à une coxalgie, et qui est réglée assez régulièrement, mais difficilement, est soumise au traitement par les courants continus. La contracture des muscles disparaît au bout de quelque temps et avec des symptômes sur lesquels nous ne pouvons nous arrêter ici.

Les règles qui surviennent pendant le traitement sont la première fois en avance de deux jours, ce qui n'était jamais arrivé. Le second mois, elles sont en avance de cinq jours, très-abondantes le premier jour, et cessent plus rapidement.

— Mme C..., âgée de 35 ans, hystérique, a depuis qu'elle suit un traitement par les courants continus, une avance de plusieurs jours dans ses menstrues. Le traitement chez cette malade a été très-long, et nous avons eu l'occasion d'observer ce qui d'ailleurs arrive chez la plupart des malades, c'est qu'au bout de trois ou quatre mois il n'y a plus qu'une avance insignifiante pour l'époque menstruelle, mais ce qui continue à persister toujours, c'est une plus grande abondance de sang et en même temps une durée moindre dans l'écoulement sanguin.

— Mme D..., âgée de 35 ans, à côté d'autres phénomènes nerveux et d'anémie profonde, se plaignait de plusieurs mois d'un écoulement blanc continuel. Electrisation des ganglions cervicaux. L'écoulement est fortement teint en rouge, et les règles apparaissent plus abondantes et sans provoquer autant de douleurs.

— Mlle G..., âgée de 15 ans, a été réglée à l'âge de 12 ans (1); employée dans un atelier de caoutchouc soufflé, elle a été atteinte d'intoxication aiguë, et depuis cinq mois ses règles avaient complètement disparu, lorsque nous eûmes à employer chez elle les courants continus pour l'examen de l'excitabilité nerveuse et de la contractilité musculaire.

Le soir même de cette séance, les règles reviennent et aussi le mois suivant.

— Mlle A..., âgée de 23 ans, est atteinte d'une parésie des

(1) Voyez la thèse du Dr Huguin, sur l'*Intoxication par le sulfure de carbone*. Paris, 1874.

muscles du larynx et est soignée pour cette affection. Depuis le traitement, elle remarque que ses règles avancent un peu, mais surtout qu'elles sont plus abondantes, et en outre elle n'éprouve plus les coliques qu'elle ressentait presque toujours au moment de ses époques menstruelles.

— Mme E..., 50 ans, atteinte d'une aphonie légère, est en même temps sujette aux pertes utérines, mais qui viennent à des époques indéterminées. Elle n'avait plus eu d'écoulement sanguin depuis six semaines, lorsque nous fîmes une application des courants continus sur la région cervicale. Le soir même de cette première séance, il y eut une perte de sang.

— Mme L...., 28 ans, hystérique, irritation spinale, est soumise à un traitement par les courants continus, et les règles apparaissent plus abondantes qu'elles ne l'avaient été depuis les autres mois.

— Mlle S..., âgée de 15 ans, est réglée, mais avec beaucoup d'irrégularité, depuis l'âge de 12 ans. Elle est en même temps rhumatisante, et à plusieurs reprises elle a été atteinte de douleurs rhumatismales articulaires. Elle est très-anémique, et depuis l'apparition des règles elle est d'une grande faiblesse et souffre de maux de tête et de douleurs vagues dans le ventre et dans toutes les régions du corps. Ses règles n'apparaissent jamais régulièrement et sont presque toujours en retard ; le sang est rarement abondant et elle ressent, dès que l'époque des règles est arrivée, des douleurs plus violentes et une telle lassitude qu'elle est très-souvent obligée de garder le lit plusieurs jours de suite.

Le traitement employé pendant deux ans fut l'emploi de ferrugineux, de toniques. En été, elle allait aux eaux, à la campagne, et malgré quelques moments d'amélioration, son état général restait à peu près le même.

Il y a un an, elle eut une fièvre violente avec des douleurs rhumatismales, et comme ces douleurs persistaient après que la fièvre fut tombée, je conseillais l'emploi de courants continus et je les appliquais le long de la colonne vertébrale. Les douleurs disparurent peu à peu et les règles arrivèrent exactement à

l'époque ordinaire. Le second mois, les règles revinrent encore à époque fixe et furent un peu plus abondantes.

Le traitement fut suspendu. Le troisième mois il n'y eut rien de particulier; les règles furent régulières; mais le mois suivant elles ne reparurent point à l'époque voulue, et après un retard de huit jours, nous eûmes de nouveau recours aux courants continus, et deux jours après leur application, les règles apparaissaient.

Depuis ce moment, tous les mois, huit jours à peu près avant l'époque menstruelle, nous faisons trois ou quatre applications de courants continus, et toujours, à deux ou trois jours près, les règles reviennent régulièrement. En même temps l'état général s'est considérablement amélioré. La jeune fille ne ressent presque plus de douleurs, elle a pris de l'embonpoint, sa peau est fraîche et colorée.

Nous pouvons encore citer des faits que nous avons eu l'occasion d'observer à la Salpêtrière, dans le service de M. Charcot, où cette influence des courants continus sur les phénomènes menstruels est des plus marquée. Dans une leçon que nous avons eu l'occasion de faire à cet hôpital, nous trouvons, en effet, le passage suivant :

« Chez deux des malades atteintes d'hémiplégie que nous venons de vous présenter, nous avons également observé un autre fait qui est très-important et qui démontre bien l'influence des courants continus sur la circulation. Chez une de ces malades les règles avaient disparu pendant un an après son attaque et ne revenaient depuis cette époque que très irrégulièrement et très-faiblement. Dès les premières semaines du traitement par les courants continus, les règles sont devenues plus abondantes et régulières.

« Chez la dernière malade, qui n'est en traitement que depuis un mois et demi, les règles avaient complètement disparu depuis son attaque, qui a eu lieu il y a près de deux ans, cinq semaines après un accouchement. Il y a dix jours, ses règles viennent de réapparaître pour la première fois.

« Ce n'est pas là une simple coïncidence, car chez d'autres malades nous observons les mêmes phénomènes. Une femme

atteinte de *contracture hystérique*, et une autre atteinte de *myélite chronique* ont toutes deux, d'elles-mêmes, fait observer que leurs règles venaient plus abondamment et que, loin de retarder comme précédemment, elles étaient plutôt en avance de quelques jours (1). »

Nous ferons également remarquer que quelques-unes des observations que nous avons relatées prouvent combien, dans certains cas, l'électrisation des ganglions cervicaux a d'avantage dans la migraine, et ce fait semble confirmer l'opinion qui attribue cette affection à un état d'excitation du sympathique, provoquant une contraction tonique des muscles vasculaires des enveloppes cérébrales.

Il y a, dans tous les cas, des formes de migraines qui sont plus faciles à guérir ou à améliorer que d'autres, ce sont principalement celles qui, chez les femmes, ont des rapports évidents avec les phénomènes menstruels. C'est dans ces cas qu'on obtient les meilleurs résultats.

Mais il faut toujours agir pendant les moments de calme, plutôt que pendant les accès; pour obtenir un résultat appréciable et durable, il faut commencer le traitement dans l'intervalle des accès, et presque immédiatement après un accès, et non, comme on le fait trop souvent, au moment où la migraine va se déclarer.

Ces faits cliniques que nous avons choisis à cause de leur netteté, viennent confirmer sous tous les rapports les faits physiologiques que nous avons observés. Ils établissent, en effet, d'une façon indubitable l'action considérable que les courants continus exercent sur la circulation générale, et ils démontrent en même temps l'influence, sur les circulations locales et périphériques, de l'électrisation des centres.

---

(1) *Douze leçons sur l'emploi médical de l'électricité*, juin 1872.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DE L'ATREPSIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr Parrot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

(2e article.)

Diarrhée.— A l'état physiologique, le nouveau-né a deux, trois, quelquefois quatre garde-robes dans les vingt-quatre heures, mais pas plus. L'émission de la garde-robe est précédée d'une légère modification dans la couleur de la face, laquelle devient quelquefois un peu pâle, quelquefois plus rouge ; puis l'enfant fait un effort considérable, auquel succède un moment de satisfaction visible. Les matières sont jaunes, de la couleur des œufs brouillés, parfaitement homogènes, et ont une consistance pâteuse, rappelant celle de la terre glaise délayée dans l'eau. Lehmann, qui a étudié ces matières fécales, y a trouvé une certaine quantité de matières grasses non digérées, de la bile, de la caséine incomplètement digérée et une petite quantité d'épithélium.

L'aspect de ces garde-robes peut être modifié sans que l'enfant soit malade à proprement parler ; elles peuvent être un peu plus aqueuses, et présenter quelques stries verdâtres, quelques grumeaux ; mais la santé de l'enfant est déjà menacée. Lorsqu'il y a dix à douze selles dans les vingt-quatre heures, lorsque la matière se sépare sur le lange en deux parties distinctes, une tache jaune entourée d'une large zone d'humidité, l'état pathologique est atteint. Les stries verdâtres deviennent bientôt plus nombreuses, ou bien la matière jaune est parsemée de taches vertes. C'est à la bile qu'il faut rapporter la coloration des selles, d'après MM. Parrot et Robin. Quelquefois les selles, au lieu d'avoir cette couleur, sont blanchâtres, mais elles exhalent une horrible fétidité, rappelant l'odeur de la gangrène. A une période avancée, les garde-robes sont moins abondantes, parce que les liquides font défaut dans l'économie. Un peu avant la fin, elles reprennent quelquefois leurs caractères normaux. Ces garde-

(1) Leçons recueillies par M. le Dr Schwartz et publiées dans la *France médicale*, nos du 1er et du 15 juillet 1874. Voir Tome II, page 53.

robes ne sont pas rendues sans douleurs; non-seulement l'enfant a des coliques, mais la défécation elle-même est pénible; vers la fin de la vie elles sont rendues sans que l'enfant en ait conscience. Le ventre n'est pas tendu; il ne présente de ballonnement qu'au début; il s'affaisse bientôt et n'offre plus qu'une consistance pâteuse; la pression y réveille peu de douleur.

Vomissements. — Les vomissements sont plus rares que la diarrhée dans l'atrepsie; ils manquent même quelquefois complètement. A l'état physiologique, l'enfant vorace dont la nourrice a beaucoup de lait régurgite sans effort une partie du lait qu'il a bu; ce lait n'a pas de mauvaise odeur et est liquide; c'est simplement un trop plein qui se déverse. Mais quelquefois cette régurgitation s'accompagne d'un léger effort; le lait est alors rendu une heure ou deux après avoir été pris, et il est rendu en grumeaux; de plus, il a une mauvaise odeur. Ces vomissements surviennent lorsqu'on excite les enfants et aussi lorsqu'on les tient couchés trop horizontalement. Ces vomissements servent de trait d'union entre la santé et la maladie. Le vomissement pathologique s'accompagne toujours de diarrhée; car s'il peut y avoir diarrhée sans vomissements, il n'y a jamais de vomissements sans diarrhée. L'odeur de ces vomissements est très-pénétrante. Ils sont jaunes, puis verdâtres; à la fin ils sont constitués par une matière noire ressemblant à celle que rendent les malades dans le cancer et l'ulcère simple. Les vomissements peuvent cesser à la dernière période.

Muguet. — Lorsqu'on examine la bouche d'un nouveau-né, on ne la trouve pas très-humide, car, à cette époque de la vie, les glandes salivaires sommeillent encore; ce n'est qu'à deux mois que ces glandes commencent à fonctionner activement. La bouche a chez le nouveau-né une coloration foncée; elle est d'un rouge-cerise sombre, surtout au niveau du voile palatin et de l'isthme du gosier; cependant la base de la langue, où siégent les papilles caliciformes, est blanche : c'est qu'en ces points peu mobiles l'épiderme et le lait séjournent et s'accumulent. A l'état pathologique, la rougeur est rarement générale : elle apparaît d'abord à la pointe de la langue, puis à la base de cet organe et sur l'isthme; le voile du palais et les parties latérales de la bouche ne sont envahis qu'en dernier lieu par cette rougeur morbide. En même temps la muqueuse se sèche; les enfants éprouvent de la peine à remuer la langue pour pratiquer la succion et même à ouvrir la bouche. Cette rougeur et cette sécheresse précèdent de trois à six jours l'apparition du muguet. En même temps les papilles linguales deviennent saillantes et semblent augmentées de volume; la

langue devient râpeuse comme une langue de chat. On a dit que la température de la cavité buccale s'élevait à ce moment; malgré les observations faites à ce sujet, M. Parrot ne saurait admettre cette élévation de température; pour lui, il a toujours vu le thermomètre descendre au-dessous de 37°. La bouche donne une réaction *acide* au papier de tournesol. C'est sous la langue qu'il faut rechercher cette acidité; le dos de la langue est quelquefois tellement sec que le papier de tournesol n'est pas mouillé. A quoi tient cette acidité de la cavité buccale, le mucus et la salive étant à l'état normal des liquides alcalins? Selon M. Parrot, il y a sécrétion d'un mucus anormal, qui subit une transformation rapide et s'acidifie très-vite; comme en même temps la salive est sécrétée en très-petite quantité, l'acidité du mucus plus abondant apparaît seule. D'ailleurs le lait régurgité, mêlé à du suc gastrique, vient augmenter encore l'acidité de la bouche et rendre la réaction plus apparente. C'est alors enfin qu'apparaît le muguet dans le plus grand nombre des cas.

Nos connaissances actuelles sur le muguet sont de date récente; elles sont dues surtout aux micrographes. En 1827, Lélut fit paraître un bon mémoire sur le muguet, qu'il considérait comme une fausse membrane. Trousseau et Delpech, en 1845, étudièrent le muguet à l'hôpital Necker; ils le considérèrent encore comme un exsudat inflammatoire. Billard et Valleix se rangèrent à la même opinion. Pour tous ces auteurs, le muguet était donc une espèce de stomatite pseudo-membraneuse. En 1859, Millaud hésite encore à voir dans le muguet un parasite végétal; il reconnaît bien la présence du parasite dans la bouche, mais n'en fait qu'un épiphénomène de l'affection, il ne lui donne qu'une place secondaire et accessoire dans le processus morbide. Un an auparavant, en 1858, il y eut à l'Académie de médecine une discussion intéressante à ce sujet, dans laquelle M. Bouillaud ne convint qu'avec peine de la nature parasitaire du muguet, semblant, pour ainsi dire, regretter la nature inflammatoire de cette affection. Mais aujourd'hui, grâce à Berg, à Gruby, à Robin, on connaît la vraie nature du muguet; il est surabondamment démontré que le muguet est essentiellement constitué par un végétal. C'est Berg, naturaliste suédois, qui découvrit le parasite (1848). M. Robin lui a donné le nom d'*oïdium albicans* (arthrosporée, mucédinée). M. Quinquand, qui l'a étudié au point de vue de l'histoire naturelle, lui donne le nom de *syringosporon Robini*. M. Gubler, en 1858, s'est attaché à suivre l'évolution de ce végétal et a étudié les causes de sa production.

Où se montre tout d'abord le muguet? Quand la muqueuse buccale a pris la teinte rouge dont nous avons parlé, que ses

papilles sont saillantes et la sécrétion acide, on voit apparaître sur le dos de la langue et la partie latérale des joues de petits mamelons blanchâtres, formant autant de points d'un blanc éclatant, brillants et opaques; jamais, même à cette époque, M. Parrot ne les a vus transparents. Ces petits mamelons se rassemblent, se confondent, et forment de larges plaques qui peuvent dans quelques cas former à la langue une enveloppe complète. Mais la langue se dépouille bientôt, grâce à ses mouvements, de ce revêtement blanchâtre; aussi n'est-ce pas sur cet organe que le muguet s'accumule : c'est dans l'arrière-gorge, derrière les lèvres, derrière les arcades alvéolaires, à la face interne des joues que les masses de muguet sont le plus abondantes; elles forment en ces points de véritables grumeaux. Mais ce n'est pas là qu'elles sont le plus adhérentes.

La coloration blanche éclatante du muguet se ternit bientôt par le mélange des parcelles alimentaires ou des matières des vomissements. Il prend une teinte jaune due à l'imbibition de ses éléments par la bile vomie et non par les matières fécales, comme le croyait Lélut. Plus tard il peut prendre une couleur brune due à la présence d'une certaine quantité de sang et à la dessiccation; la plaque de muguet en effet se raccornit, se dessèche, se fendille, forme des écailles; elle prend une apparence cornée; à cet état, il est impossible d'en reconnaître la nature. Cependant, on peut encore retrouver sous la langue quelques ilots de muguet non modifiés, qui permettront d'établir le diagnostic.

Si on débarrasse la muqueuse des plaques de muguet qui la recouvrent, on voit que cette muqueuse est très-rouge, très-injectée, au point qu'on peut la faire saigner si on la frotte trop rudement avec un linge. Mais on ne découvre aucun point ulcéré, quand on a soin d'enlever le muguet avec un pinceau.

L'évolution du muguet détermine une diminution de l'acidité de la bouche; à la fin, très-exceptionnellement, la cavité buccale peut devenir neutre, et même, dans quelques très-rares circonstances, on l'a vu alcaline.

Le muguet peut disparaître par suite de la desquamation épithéliale des parois de la bouche, ou encore par l'effet du traitement; dans ce cas la muqueuse deviendrait alcaline.

Quels sont les effets du muguet sur l'enfant et la nourrice?

Sur l'enfant. Un des effets les plus importants du muguet est d'altérer la digestion de l'enfant; nous retrouvons ici ce cercle vicieux perpétuel qu'on rencontre à chaque pas en pathologie. Ce sont les troubles digestifs qui sont l'origine de la production du muguet, lequel devient à son tour la cause de troubles diges-

tifs plus prononcés encore. Les amas que le végétal forme dans la bouche agissent en effet comme corps étrangers, et gênent considérablement les mouvements de succion et de déglutition. L'enfant mâchonne sans cesse pour se débarrasser de cette matière étrangère qui lui emplit la bouche. De plus, le muguet donne de la sécheresse à la muqueuse et empêche l'adhérence des lèvres au mamelon ; il émousse la sensibilité buccale, empêche la bouche de recevoir le contact du mamelon et par là entrave l'appétit.

Sur la nourrice. La nourrice est souvent effrayée de l'apparition du muguet dans la bouche de l'enfant; elle éprouve une grande répugnance pour lui donner le sein; et s'y refuse quelquefois. Cette crainte, quoique très-exagérée, n'est pourtant pas purement chimérique; elle est justifiée par le caractère contagieux du muguet. Le muguet est en effet contagieux, il est épidémique et endémique. Lélut est un des premiers qui aient observé cette contagion. Un enfant, atteint de muguet, qui se suçait le doigt et y avait provoqué la formation de petites fissures, implanta dans ces fissures son muguet, qui s'y développa et y végéta parfaitement. Dugès, Gubler, Rayer, Trousseau, N. Guillot rapportent un certain nombre de faits de transmission de muguet de la bouche de l'enfant au sein de la nourrice. Le muguet se développe alors dans les sillons du mamelon ou dans les excoriations, les fissures que la succion peut déterminer. M. Gubler fait remarquer, à ce propos, que le muguet n'est pas ici simplement déposé sur le sein, mais qu'il y végète véritablement et s'y développe. M. Sirus-Pirondi (de Marseille) rapporte le fait d'une nourrice contagionnée par un nourrisson et donnant à son tour le muguet à son propre enfant; il dit avoir observé le même fait plusieurs fois. Enfin un vétérinaire, M. Delafond, rapporta à l'Académie que le muguet était fréquent chez les animaux et en particulier chez les agneaux malades; dans ce cas, les agneaux contagionnent leur mère, et celle-ci transmet souvent la contagion à d'autres agneaux. M. Parrot admet la transmission du muguet de la bouche de l'enfant au mamelon de la nourrice, bien qu'il n'en ait pas vu d'exemple à l'hôpital.

Diagnostic. — En tant qu'affection locale, le muguet peut être confondu et est souvent confondu avec le lait coagulé. Le lait coagulé forme en effet sur la surface buccale de petits grumeaux blancs. Mais ces grumeaux ne sont pas adhérents à la muqueuse comme l'est le muguet ; il suffit de les toucher pour les détacher ; de plus la muqueuse qu'ils recouvrent n'est pas modifiée, elle n'est pas rouge. En cas d'hésitation, le microscope révélera nettement la nature du produit en question.

Dans certaines affections fébriles, l'épithélium prolifère et s'accumule sur les gencives. Mais ce fait est tout à fait exceptionnel chez les nouveau-nés. C'est encore le microscope qui apprendra la nature de ces pellicules blanchâtres.

L'aphthe est un érosion d'un blanc jaunâtre qu'on ne peut faire disparaître par le frottement.

Les fausses membranes diphthéritiques, très-rares chez les nouveau-nés, sont d'ailleurs trop différentes des plaques du muguet pour être confondues avec elles.

On trouve quelquefois chez les nouveau-nés des kystes épidémiques sur la voûte palatine. Nous les étudierons plus tard.

Quelle est la *valeur* nosologique du muguet? Le muguet est une affection véritablement propre au nouveau-né ; il n'apparaît jamais chez le fœtus pendant la vie intra-utérine, comme l'a dit le Dr Véron. Il faut des conditions spéciales pour que le muguet se développe ; il ne peut végéter que sur un terrain préparé. Tous les auteurs pourtant ne croient pas qu'il soit nécessaire que l'enfant soit malade pour que le muguet se montre. Trousseau pense qu'il peut être idiopathique, de cause purement locale, dépendre de l'irritation de la bouche par le biberon, le mamelon, qu'en un mot il peut être traumatique, pour ainsi dire. M. Parrot affirme au contraire qu'il y a toujours des raisons morbides au développement du muguet ; chez l'enfant comme chez l'adulte il est toujours précédé par un état pathologique général. M. Bouchut partage cet avis ; il a montré que les enfants chez qui il apparaît sont toujours très-faibles sinon malades. Le muguet en effet ne peut végéter sur un sujet sain ; mettez du muguet dans votre bouche, il ne s'y développera pas.

Trousseau admet une forme de muguet, à laquelle il donne le nom de muguet mixte : un enfant peu malade prendrait le muguet, les accidents deviendraient alors plus graves et l'enfant finirait par succomber. Cette forme, d'après M. Parrot, est une création artificielle. Valleix, d'autre part, a rapporté au muguet et groupé autour de lui tous les accidents qui constituent l'atrepsie. Mais en réalité le muguet n'est pas une maladie, ce n'est qu'un épiphénomène, qu'un accident dans une maladie générale; il n'y a pas *le* muguet, dit M. Parrot, il y a *du* muguet; et la présence du parasite n'apporte vraiment qu'un faible contingent à la maladie proprement dite, qu'il est impuissant à modifier.

(A suivre.)

CAS D'ÉPITHÉLIOMA DU CORPS DE L'UTÉRUS TRAITÉ PAR LA DILATATION, LE CURAGE ET L'APPLICATION LOCALE DE LA TEINTURE D'IODE.

Par Thomas Chambers,
médecin de l'hôpital des femmes de Chelsea, etc,

Mme T..., âgée de 56 ans, femme d'un officier de marine, se maria à 20 ans, mais ne devint jamais enceinte. La menstruation ne cessa de s'effectuer régulièrement jusqu'à l'âge de 50 ans, époque à laquelle s'établit la ménopause sans aucun accident.

Pendant quatre années encore; elle continua à jouir d'une excellente santé. Mais au bout de ce temps, elle fut sujette à des hémorrhagies utérines subites et fréquemment répétées tous les six ou huit semaines. Tantôt l'écoulement ne durait que deux ou trois jours ; d'autres fois, six ou huit jours et même plus longtemps. Pendant les deux années qu'ont eu lieu ces pertes, elle a consulté différents médecins, qui ne se sont pas accordés, relativement à la cause de cette hémorrhagie.

Ce fut le 10 janvier 1873 que je vis cette dame. Elle semblait jouir encore d'une santé assez bonne ; cependant, elle disait avoir maigri depuis trois mois. Depuis quelque temps, elle était en proie à une prostration dont elle ne pouvait se rendre un compte exact, car c'était là chez elle un état tout à fait insolite. Elle n'avait d'autres douleurs que des élancements passagers dans les aines et au niveau de la partie inférieure de l'abdomen, encore ne se faisaient-elles sentir que rarement, pour disparaître rapidement. Le seul phénomène qui l'inquiétât, était ces hémorrhagies fréquentes. Le pouls était à 98, la température à 99 degrés Farenheit. Il n'y avait ni toux, ni sueurs, ni frissons.

L'examen attentif du ventre ne décelait au toucher qu'un petit corps arrondi, situé immédiatement derrière l'arcade du pubis, et qu'il était facile de reconnaître par la pression dans le bassin. Les ganglions inguinaux n'étaient pas tuméfiés. Le toucher permettait de constater que le vagin et le col, ainsi que son orifice, étaient parfaitement sains. Le corps de l'utérus était

cependant un peu plus gros qu'il ne l'est d'ordinaire à cette période de l'existence. En plaçant la main droite sur le corps arrondi signalé au-dessus du pubis d'une part; et l'indicateur gauche contre l'orifice du col d'autre part, il était aisé de mesurer exactement la hauteur de l'utérus, et de constater que cet organe se mouvait librement dans toutes les directions, sans douleur, et sans être gêné aucunement par des produits de nouvelle formation qui auraient pu exister dans le bassin.

La sonde arrivait à une distance de 3 pouces 3/4, et quant elle venait toucher par son extrémité le fond de la matrice, une douleur lancinante, semblable à celle éprouvée par la malade dans les aines, se faisait immédiatement ressentir. On crut avoir affaire à un polype, et la sonde fut alors doucement retirée de la cavité utérine, sans rencontrer autre chose qu'une inégalité de surface mal définie. Quand l'instrument fut retiré, l'hémorrhagie fut si abondantes qu'on fut obligé de tamponner avec le coton-laine (Cotton-Wool), imbibé de perchlorure de fer. Les hémorrhagies abondantes, la surface irrégulière de la cavité utérine révélée par la sonde, les douleurs lancinantes ressenties de temps en temps dans les aines et le bassin, enfin une certaine odeur laissée sur le doigt explorateur, l'ensemble de ces symptômes nous amena à conclure que nous avions affaire à une affection du corps de l'utérus de nature maligne, plutôt qu'à un polype. L'écoulement déterminé par cet examen fut considérable, et la malade ne put se remettre de cette secousse qu'après dix ou douze jours, au bout desquels, en raison de ses ressources limitées, elle fut admise à l'hôpital des femmes de Chelsea, le 22 janvier 1873.

Le 24 janvier. Un tampon est introduit dans l'orifice de la cavité du col.

25 janvier. En retirant le tampon, on voit s'échapper un flot de sang auquel se trouvent mêlés de petits corps granuleux. Ces derniers, examinés au microscope, se présentent sous l'aspect de petites masses de cellules d'une forme particulière qui, pour la plupart, est celle d'une bouteille. Ces faits ne font que nous confirmer dans l'idée d'une affection de nature maligne. La

cavité est lavée avec le perchlorure de fer, et un tampon nouveau y est introduit.

Le 26. Le col était de nouveau complètement dilaté, la malade fut anesthésiée. La lèvre antérieure fut alors fixée avec une érigne, et le doigt indicateur fut introduit dans la cavité utérine dont les parois altérées étaient tapissées par des noyaux de différente grosseur, au milieu de cette cavité, je sentis qu'une masse de ces noyaux réunis ensemble formaient une bride transversale allant d'une paroi à l'autre, et divisant la cavité en deux loges, l'une, supérieure, l'autre inférieure. Mon collègue, le Dr Aveling, put également procéder à l'examen.

Ces noyaux étaient des végétations molles et friables, saignant facilement au moindre contact. Nous fûmes tous deux d'avis que c'était une affection du corps de l'utérus aussi manifeste que possible, et surtout sous-muqueuse, si nous nous en rapportions aux preuves que nous avions sous les yeux. Attirant alors l'utérus dont le col était fixé par une pince érigne, je râclai toute la cavité avec la curette de Sims, jusqu'à ce que toutes les végétations eussent disparu, laissant partout à leur place une surface lisse uniforme. Une fois ce temps accompli toute hémorrhagie cessa. Toute la cavité fut alors bien essuyée avec un tampon de coton-laine sec, puis barbouillée de teinture d'iode composée. Je fis mettre un suppositoire, et la malade fut remise au lit. Pendant les quelques heures qui suivirent l'opération, la malade fut abattue, et ressentit de la douleur, mais ces accidents cédèrent bientôt. Pendant dix jours, il se fit un écoulement abondant d'un liquide granuleux, de couleur foncée, par le vagin, que l'on eut soin de laver deux fois par jour, avec une solution d'acide phénique. La malade fut bien nourrie, et prit quotidiennement une petite quantité de vin et de *stout*. Trois fois le jour on administra une potion composée de quinine, de fer et de solution de Fowler, et le chloral fut donné le soir quand on le jugea nécessaire.

Le 19 février. Depuis l'opération, l'hémorrhagie n'a pas reparu ; et depuis dix ou douze jours, il ne se fait même pas d'écoulement vaginal. Depuis trois semaines, les douleurs lancinantes des aines ne se sont pas fait ressentir. Le vagin, le col

utérin et son orifice sont sains et dans le même état qu'avant l'opération. La sonde, introduite de la longueur de 3 pouces, passa sans rencontrer aucune irrégularité de surface, comme lors de la première exploration, et malgré les mouvements qui lui furent imprimés dans la cavité, il ne se manifesta aucune hémorrhagie. L'état général s'améliora : la malade était devenue une toute autre personne, et souhaitait ardemment retourner dans son pays. Nous crûmes pouvoir satisfaire à son désir. A la palpation extérieure, nous constatons que le corps arrondi que nous avions trouvé derrière le pubis lors de notre première exploration, avait disparu en grande partie.

Si l'on considère bien attentivement l'ensemble des faits présentés par cet exemple, à savoir : l'âge de la malade, le début brusque des hémorrhagies quatre ans après l'établissement de la ménopause, l'écoulement sanguin inquiétant qui suivit l'exploration de la cavité utérine par la sonde, les données fournies par l'examen histologique : si l'on considère, dis-je, tous ces faits joints aux signes physiques généraux observés par le Dr Aveling et par moi, je crois qu'on ne peut élever le moindre doute sur la nature maligne de l'affection du corps de l'utérus. *Jusqu'en juillet 1873*, le résultat du traitement a été satisfaisant. Mais il y a toujours à craindre, bien entendu, avec le temps, la réapparition de la maladie. (*British medical journal;* juin 1874.— *Traduit de l'anglais par le* Dr GILLETTE.)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

De l'ovariotomie et de ses résultats définitifs. — M. PANAS fait remarquer à ses collègues que, lorsqu'un chirurgien est en présence d'une tumeur ovarique, il n'est préoccupé que d'une chose, savoir : la tumeur est-elle uniloculaire ou multiloculaire? A-t-elle contracté ou non des adhérences avec les organes voisins? Est-elle oui ou non opérable? Quant à la nature même de la tumeur et aux déductions

pronostiques qu'on en pourrait tirer, le plus souvent on ne s'en occupe pas. Cependant il peut arriver que des kystes de l'ovaire réunissent toutes les conditions qui les rendent opérables, et qu'il y ait malgré tout des contre-indications à cette opération. On a vu des kystes de l'ovaire, simples en apparence, récidiver après l'opération à la manière des cancers véritables. En voici quelques exemples.

En 1871, une femme entre à Saint-Louis pour un kyste de l'ovaire. On l'opère et pendant dix-huit mois cette femme paraît jouir d'une santé florissante ; mais, l'année dernière, elle revint dans le service de M. Panas, qui constata des masses cancéreuses ayant envahi les ganglions de l'aine, les seins, les clavicules et la région dorsale de la colonne vertébrale. La tumeur, qui avait été examinée au moment de l'opération, ne présentait cependant rien de cancéreux.

M. Panas a observé encore tout récemment une femme atteinte d'un kyste de l'ovaire multiloculaire; il retira, par la ponction, 18 litres de liquide. Il était décidé à pratiquer l'opération, quand un examen plus complet lui fit reconnaître un cancroïde du col utérin.

M. Panas cite un troisième fait observé par M. Kœberlé. Il pense que toute tumeur de l'ovaire peut se présenter sous forme de kyste, et que ces poches kystiques peuvent devenir le point de départ de dégénérescences cancéreuses; il regarde comme de nature maligne les kystes qui se développent rapidement. Il engage les chirurgiens, avant de procéder à une opération de ce genre, à s'informer si la marche de la tumeur a été rapide et à chercher s'il n'y a pas quelque part des dégénérescences cancéreuses; dans ce dernier cas, l'intervention chirurgicale ne serait que nuisible.

M. Verneuil a vu une jeune fille de la campagne, douée d'une santé robuste, qui avait une tumeur abdominale ressemblant à un kyste; il fit une ponction exploratrice et la malade succomba au bout de trois jours. Outre l'existence dans l'ovaire d'un kysto-sarcome multicolaire, on constata dans le foie, la rate et d'autres organes, plusieurs tumeurs de même nature.

M. Boinet a vu également une tumeur cancéreuse se développer chez une femme qu'il avait opérée d'un kyste multiloculaire. Le pédicule du kyste avait été le point de départ de cette nouvelle tumeur.

Il serait intéressant de savoir ce que sont devenues au bout de quelques années les malades qui ont été notées comme guéries, et si quelques-unes n'ont pas succombé à des dégénérescences cancéreuses. (*Soc. de Chirurgie, séances des* 3 *et* 10 *juin* 1874. *Bull. de Thérap.*)

Gastrotomie pratiquée pour un kyste dermoïde; guérison. — M. Th. Anger présente une jeune fille qu'il a opérée et dont voici l'observation :

S***, âgée de dix-huit, est entrée, le 15 février 1871, à l'hôpital Saint-Antoine. Depuis deux mois elle ressentait dans les reins des douleurs violentes; la menstruation était assez régulière, mais la miction ne se faisait pas sans difficulté. M. Leroy, qui fut appelé d'abord, constata l'existence d'une tumeur abdominale; il fit une ponction aspiratrice et retira une certaine quantité de matière ayant la consistance du mastic et dans laquelle l'examen microscopique révéla des cellules épithéliales. Dès ce moment on reconnut l'existence d'un kyste dermoïde dans l'épaisseur du ligament large droit. Par le toucher vaginal on sentait une tumeur dure, appliquée en avant sur le pubis, enclavée en arrière dans la concavité du sacrum et comprenant le rectum et la vessie. En avant et un peu à gauche, on trouvait un repli muqueux dans le fond duquel était probablement logé le col de l'utérus, inaccessible au doigt. La tumeur remontait jusqu'à l'ombilic.

Les souffrances éprouvées par la malade devinrent tellement vives, qu'une intervention chirurgicale fut jugée nécessaire.

Le 27 février, M. Th. Anger pratiqua l'opération avec l'aide de M. Ledentu. La vessie étant vidée, et la malade soumise au sommeil chloroformique, on incisa la ligne blanche dans une étendue de 7 centimètres; il s'écoula un peu de sérosité péritonéale. Le péritoine fut ensuite incisé dans une étendue de 5 centimètres; il n'y avait pas d'adhérences, mais la tumeur faisait corps avec l'utérus. M. Anger reconnut sur le kyste le feuillet antérieur du ligament large, qu'il décolla; il put ensuite saisir avec de fortes pinces la paroi du kyste, qu'il ponctionna avec un trocart; il sortit 2 litres et demi de liquide. Les parois de la poche furent ensuite attirées au dehors et une seconde ponction fit sortir une certaine quantité d'une bouillie contenant des cheveux et des masses épithéliales. La tumeur, qui fut alors complètement amenée au dehors, n'avait point de pédicule et était directement fixée sur la trompe et l'ovaire. Les suites de l'opération furent simples, et, quelques semaines après, la malade quittait l'hôpital.

Les parois du kyste sont épaisses et, dans une partie de son étendue, on trouve les éléments de la peau, des poils, des papilles et des glandes; dans certains points il existe des calcifications des couches superficielles.

Ce qu'il y a d'important dans le fait observé par M. Anger, c'est l'existence du kyste dans l'épaisseur du ligament large. (*Société de Chirurgie, séances des 3 et 10 juin 1874. Bull. de Thérap.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Nature chimique de la matière dite colloïde contenue dans les

kystes des ovaires. — M. Cazeneuve lit en son nom et au nom de MM. Gautier et Darembberg la note suivante:

La matière colloïde, très-connue au point de vue de ses caractères physiques des histologistes et des anatomo-pathologistes, n'a pas été étudiée jusqu'à ce jour d'une façon approfondie. Richwald, il y a quelque temps, a cru devoir la rapporter à une substance voisine de la mucine et d'une substance albuminoïde analogue aux peptones. Ces conclusions sont erronées, comme notre travail est appelé à le démontrer.

Notre étude a porté sur la matière colloïde contenue dans un kyste de l'ovaire. Par analogie, nous serions tenté de conclure à l'identité de cette matière avec celle contenue dans certains viscères en voie de dégénérescence dite colloïdale. Des expériences subséquentes seront instituées pour confirmer cette manière de voir.

La substance colloïde retirée des kystes de l'ovaire se présente à nous, comme on le sait, sous forme de gelée tremblotante, translucide, mais très-glutineuse, très-collante. Traitée telle qu'elle est retirée du kyste, par l'acide acétique concentré, elle se gonfle considérablement sans se dissoudre. Les acides minéraux étendus la dissolvent sans coloration. Les alcalis la dissolvent également. L'acide chlorhydrique au millième la gonfle beaucoup sans la dissoudre. Les solutions de chlorure de sodium, de nitrate de potasse au dixième ne la dissolvent nullement. L'eau oxygénée est décomposée par cette matière.

Nous pouvons dans ce cas, en traitant la substance telle qu'elle est retirée du kyste, avoir affaire, à un mélange avec des substances protéiques ; aussi ces propriétés n'ont-elles pour nous qu'une valeur relative pour établir une distinction avec les matières albuminoïdes. Déjà, cependant, une analyse élémentaire, effectuée par M. Wurtz sur de la matière colloïde altérée d'un poumon, lui a donné des chiffres caractéristiques.

C	=	48,09
H	=	7,47
Az	=	7
O	=	37,44
		100,00

Ayant opéré sur la matière telle qu'elle a été retirée du tissu pulmonaire, le savant chimiste ne pouvait obtenir, à cause des matières protéiques mélangées, qu'un excès de carbone et d'azote. Nous voyons donc, malgré les impuretés, une différence déjà considérable avec les substances protéiques.

A cet essai grossier du produit brut, nous avons pu, grâce à l'action de l'eau, substituer une analyse plus rigoureuse qui nous a permis

de caractériser la matière dite colloïde, et établir définitivement sa véritable nature chimique.

Mise en macération dans l'eau distillée pure, avec addition de deux gouttes d'acide cyanhydrique pour éviter toute putréfactien, elle se gonfle, semble se désagréger et donne à l'eau la propriété de filer. Par la filtration nous voyons qu'elle n'est pas dissoute complètement ; elle est retenue, en partie par le filtre et offre l'aspect d'un mucilage végétal. L'eau a entraîné une substance que nous allons voir parfaitement définie par ses réactions. Ce produit qui est une modification soluble de la matière primitive, se forme lentement à froid, plus rapidement à 110° degrés dans des tubes scellés, en présence de l'eau. De l'épithélium nucléaire, quelques matières albuminoïdes, du sang restent indissous.

Nous appelons *colloïdine* la matière colloïde ainsi dissoute et pure. Elle donne à l'eau la propriété de mousser fortement ; elle n'est pas coagulable par la chaleur même après avoir fait passer un courant d'acide carbonique. Elle n'est pas dialysable. L'alcool fort la précipite, faible, il ne la précipite pas. Comme gommeuse dans cette précipitation, la colloïde prend l'aspect pulvérulent si on la reprend par l'alcool absolu et par l'éther. Le précipité alcoolique, traité par l'eau se redissout. Les agents qui précipitent les matières albuminoïdes et collogènes ne la précipitent nullement de sa solution aqueuse. L'acide picrique, les sels de mercure, les sels d'argent, les sels de plomb, les sels de cuivre, l'alun n'occasionnent aucun trouble. Le tannin seul partage avec l'alcool la propriété de précipiter la colloïdine. Le réactif de Millon ne trouble pas la solution ; mais si l'on chauffe, on obtient une coloration rose rouge caractéristique. Disons que cette propriété est commune à la colloïdine et à la tyrosine, et par suite, que la coloration rouge produite par le réactif de Millon n'est pas spéciale aux matières albuminoïdes, comme on le prétend trop souvent.

L'analyse élémentaire donne.

Expérience:		Théorie:	
C =	46,15	C =	46.35
H =	6,95	H =	6,44
Az =	6,00	Az =	6,01
O =	40,90	O =	41,20
	100,00		100,00

Soit en formule atomique $C^9H^{15}AzO^6$.

Nous avons eu 2,01 de cendres composées de carbonate de potasse, de phosphate de chaux.

Nous ferons remarquer combien la composition centésimale de la colloïdine nous éloigne de la mucine qui contient 12,6 0/0 d'azote (Hoppe-Seyler) et 52,2 de carbone, de la gélatine qui renferme jus-

qu'à 17,5 0/0 d'azote (Frémy), et 50 0/0 de carbone, et enfin de toutes les substances albuminoïdes ou collogénes dont la teneur en carbone et en azote atteint constamment un chiffre plus élevé.

D'un autre côté, nous voyons la composition centésimale de la colloïdine se rapprocher de la matière totale analysée par M. Wurtz, sans isolement soit des traces de matière albuminoïde ou d'éléments anatomiques mélangés. Ce rapprochement est intéressant ; il montre que la matière colloïde contenue dans les kystes doit être probablement identique avec celle contenue dans les parenchymes viscéraux, M. Wurtz ayant opéré sur la matière colloïde d'un poumon.

On dira peut-être que notre substance est un produit de métamorphose et ne représente nullement la matière primitive. Cette objection tombera d'elle-même si l'on songe que l'eau froide opère ici la transformation isomérique, aussi bien qu'elle peut opérer à 110°. Dans le premier cas, le phénomène est plus lent. Il se passe là quelque chose d'identique à ce que l'on observe dans le changement d'un métagummate insoluble en métagummate soluble sous l'influence de l'eau chaude.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur la formule de la tyrosine $C^9H^{11}AzO^3$, nous sommes amenés à faire un rapprochement intéressant. Ce sera, si l'on veut, une simple vue de l'esprit, jusqu'à ce que de nouvelles recherches appuient notre manière de voir. Retranchons deux molécules d'eau et un atome d'oxygène de la formule de la colloïdine, nous avons la tyrosine :

$$\underbrace{C^9H^{15}AzO^6}_{\text{Colloïdine.}} - {}^2H^2O - O = \underbrace{C^9H^{11}AzO^3}_{\text{Tyrosine.}}$$

Nous saisissons la relation qui pourrait exister entre ces deux principes immédiats. Le caractère amorphe de la colloïdine, sa grande solubilité dans l'eau, sa précipitation par le tannin, la distinguent assez de la tyrosine. Mais la composition élémentaire très-voisine des deux substances ne nous permet-elle pas d'envisager la colloïdine, à la suite de la tyrosine, comme un produit de métamorphose régressive des matières albuminoïdes au sein de l'organisme ?

Il nous reste à fixer la formule rationnelle de la colloïdine, l'étayant sur ses produits de décomposition en présence des divers agents chimiques.

M. Malassez rappelle les recherches d'Eichwald (1) qui est arrivé à distinguer deux séries de substances albuminoïdes dans le contenu des kystes de l'ovaire : la première commençant par l'albumine ordinaire, se continuant par la métalbumine et la paralbumine et se ter-

(1) Cité dans un travail de Waldeyer, *sur les kystes de l'ovaire*, dans Archiv. f. Gynækologie, 1870.

minant à la peptone albumineuse ; la seconde commançant par la mucine et se terminant à la peptone muqueuse. Eichwald admet que ces substances dérivent les unes de l'albumine du sang ayant transudé, les autres de la matière colloïde fabriquée par les éléments des parois kystiques (1). (*Société de biologie. — Séance du* 13 *juin* 1874. *Gaz. Méd.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Kyste sébacé de la vulve chez une jeune fille, par M. Kirmisson, interne des hôpitaux. — Les kystes stéatomateux ou sébacés de la vulve sont fort rares ; Boys de Loury, qui a publié en 1840, un mémoire sur les kystes de la vulve, dit que les kystes mélicériques et stéatomateux peuvent se rencontrer dans cette région, mais il n'en rapporte aucune observation.

Le cas de Gouteyron, de Bordeaux, cité par Boyer comme exemple de tumeur stéatomateuse des grandes lèvres, se rapporte évidemment à une autre affection. Huguier (2) dans son mémoire *sur les maladies des appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme* en cite un seul exemple ; il y avait dans ce cas trois tumeurs, une sur le bord libre de la grande lèvre, les deux autres dans le fond du repli qui sépare la grande de la petite lèvre droite. Elles étaient du volume d'une petite noisette, et n'avaient donné lieu à aucune inflammation ni aucune douleur.

La rareté de ces tumeurs nous engage à en rapporter un exemple que nous avons eu l'occasion d'observer dernièrement dans le service de notre maître M. le Dr Alphonse Guérin.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Maurice, le 25 mai 1874, pour se faire enlever une grosseur qu'elle porte à la vulve. Elle ne peut donner de renseignements précis sur le début de cette tumeur qui remonte, dit-elle, à quatre ou cinq ans ; depuis longtemps elle a le volume actuel ; jamais elle n'a causé de douleurs, elle n'a jamais été le siége d'inflammation. Aujourd'hui la tumeur a le volume d'un petit œuf de poule ; elle est pyriforme, à grand axe vertical, nettement séparée en deux portions par une sorte de bride ou de resserrement transversal, situé un peu au-dessus de sa partie moyenne. Elle est de consistance molle, pâteuse lâchement pédiculée ; elle retombe au-devant de l'orifice vulvaire, et,

---

(1) Mehu a également constaté dans les kystes de l'ovaire de l'albumine, de la métalbumine et de la paralbumine, et c'est ce dernier corps qui donnerait au liquide des kystes leur propriété de filer. (*Archives générales de médec.*, 1869.)

(2) Mémoires de l'Académie de médecine, 1846.

à un examen très-superficiel, peut donner l'idée d'un petit scrotum, à cause de sa division en deux lobes ; la peau à son niveau est amincie, pourvue de petits vaisseaux variqueux ; elle glisse en tous points sur la face externe du kyste.

Le 27 mai, on en pratique l'ablation. Une double incision elliptique est faite à la base de la tumeur, qui est disséquée de toutes parts sans difficulté et enlevée avec le lambeau de peau antérieur, circonscrit par les incisions. La plaie verticale qui reste est réunie par trois points de suture métallique ; la petite lèvre a une forme normale ; la cicatrisation s'opère rapidement sans suppuration, et la malade quitte l'Hôtel-Dieu le 10 juin.

Le kyste examiné renferme une matière blanchâtre, demi-liquide, ressemblant à du lait caillé ; on y rencontre un grand nombre de lambeaux formés de cellules épithéliales larges et irrégulières, pourvues d'un noyau volumineux, et dont quelques-uns vues de champ se présentent sous un aspect fusiforme ; le liquide est très-riche également en cristaux de cholestérine. En un mot, cette tumeur présente bien tous les caractères d'un kyste sébacé, développé aux dépens d'une de ces nombreuses glandes sébacées qui sont renfermées dans l'épaisseur des petites lèvres. (*Séance du 12 juin 1874.*)

Corps fibreux de l'utérus faisant saillie dans la cavité vaginale. — Rétention d'urine méconnue. — Ponction de la vessie. — Aucun accident consécutif du côté de l'appareil urinaire. — Quelques jours plus tard, phlébite utérine. — Mort. Par P. Budin, interne des hôpitaux. — Le 29 mars 1874, la nommée Claudine Ch...., âgée de 52 ans, était admise à l'hôpital. Habituellement bien portante, cette femme avait été réglée à 17 ans, s'était mariée à 33 ans, et avait eu sept enfants, le dernier en octobre 1867. Depuis cette époque jusqu'en 1873, elle fut très-régulièrement menstruée pendant cinq ou six jours par mois. Jamais elle ne perdit de sang dans l'intervalle de ses règles. Veuve depuis 1873, elle affirme n'avoir eu aucun rapport sexuel depuis 1871.

Au 1er mai 1873, ses règles, qui étaient apparues le mois précédent, ne revinrent pas ; il en fut de même en juin et juillet. Au 1er août survinrent des pertes excessivement abondantes, qui persistèrent, quoique moins fortes à certains moments, jusqu'au 1er mai 1874. Elle n'éprouvait aucune douleur dans le ventre, marchait, mangeait et dormait bien.

Son ventre était assez volumineux, mais elle n'y prêtait aucune attention. Très-affaiblie et craignant le retour de nouvelles hémorrhagies, elle demanda son admission à l'hôpital.

L'examen physique de cette malade donna les renseignements sui-

vants. Le ventre était arrondi, plus volumineux que normalement. — Au palper, on constatait l'existence d'une tumeur régulièrement globuleuse, arrondie, partant de la partie inférieure de l'abdomen et remontant jusqu'à l'ombilic. — Cette tumeur était mate à la percussion, la sonorité perçue au-dessus et sur les côtés indiquait que les intestins étaient refoulés. — Cette tumeur était de plus liquide, car il existait une fluctuation très-évidente. Il n'y avait pas d'ascite. — A l'auscultation, ni bruits de souffle, ni battements du cœur fœtal.

En pratiquant le toucher vaginal, on trouvait une tumeur qui faisait saillie dans la cavité du vagin. Cette tumeur était arrondie, dure, résistante, un peu irrégulière à sa surface. Elle avait le volume d'une tête de fœtus arrivée au septième mois, elle sortait à travers l'orifice du col utérin qui présentait une dilatation grande comme la paume de la main. Les lèvres du col formaient un cercle complet. Entre ces lèvres et la tumeur, on pouvait faire pénétrer l'index, mais il était bientôt arrêté dans un cul-de-sac. Cette disposition bien constatée du côté gauche, existait dans tout le pourtour excepté dans un point à droite où le doigt pénétrant de 3 centim. 1/2 à 4 centim. environ n'était pas arrêté. Il y avait donc autour de la tumeur un fossé, une rigole, presque complètement circulaire.

Cette tumeur était-elle solide ou liquide? En combinant le palper abdominal et le toucher, lorsqu'on appuyait une main sur la tumeur liquide de l'abdomen, on sentait refoulée celle qui faisait saillie dans le vagin. En percutant le ventre, on crut percevoir la sensation de flots, transmise au doigt qui pratiquait le toucher, mais cette sensation était peu nette.

Il n'existait du reste aucun trouble de la défécation, la malade n'était pas constipée, *aucun trouble de la miction*, elle urinait plusieurs fois par jour sans jamais éprouver de douleurs dans le ventre, ses urines étaient du reste limpides et ne contenaient pas d'albumine.

A quelle affection avait-on affaire? Existait-il une tumeur liquide de l'abdomen ayant déprimé le fond de l'utérus et ayant déterminé une inversion de cet organe? Existait-il plutôt une tumeur à la fois solide et liquide, développée dans l'épaisseur de la paroi utérine? Ou bien enfin, n'y avait-il pas deux tumeurs superposées, une liquide, abdominale, et une solide, utérine?

Pour arriver au diagnostic complet, il fallait : 1° pratiquer le cathétérisme utérin, ce qui était facile et nullement dangereux, car la femme ne présentait aucun signe de grossesse ; 2° faire une ponction exploratrice pour voir quelle était la nature du liquide.

Le cathétérisme utérin fut fait: dans le point où à droite le doigt n'était pas arrêté par la rigole circulaire, on fit pénétrer une sonde en gomme qui enfonça jusqu'à 14 ou 15 centimètres environ. La pre-

mière supposition n'était donc plus admissible, il n'y avait pas inversion utérine.

Un médecin de l'hôpital, fort habile dans le diagnostic des maladies utérines, ayant été appelé pour voir cette malade, pensa qu'il existait deux tumeurs superposées, une tumeur solide qui était un corps fibreux de l'utérus, et une tumeur liquide superposée, probablement un kyste de l'ovaire. L'existence d'une seule tumeur liquide à parois épaisses restait cependant admissible, et la ponction exploratrice fut résolue. Mais dans la nuit du 31 mai au 1er juin la malade commença à perdre du sang, l'écoulement persista le 1er juin jusqu'au 2 juin au matin. Comme il était très-abondant, on dut alors pratiquer le tamponnement en imbibant de perchlorure de fer les deux premières boulettes de charpie. L'hémorrhagie s'arrêta, on enleva le tampon le lendemain soir 3 juin, et il ne persista qu'un léger suintement pendant quelques jours.

Le 10 juin, à neuf heures du matin, la malade étant tout à fait bien portante et *ayant uriné assez abondamment une heure auparavant*, on pratiqua la ponction avec le trocart capillaire de l'aspirateur Dieulafoy. On retira 1,120 grammes d'un liquide limpide, transparent, légèrement jaunâtre, ne contenant pas d'albumine. En pratiquant alors le toucher, on sentit la tumeur qui sortait à travers l'orifice du col utérin; elle était moins saillante, plus dépressible, en partie rentrée et ne paraissait cependant pas avoir été vidée. La journée fut bonne, le repos absolu au lit fut prescrit. Le lendemain matin on constata que la tumeur abdominale s'était en partie reproduite : la tumeur utérine était de nouveau dure et très-saillante dans le vagin.

Le liquide qui avait été extrait, examiné au laboratoire de la Faculté par M. Galippe, n'était autre que de l'urine. On avait donc ponctionné la vessie par erreur; il était du reste facile de s'en assurer, il suffisait de pratiquer le cathétérisme de la vessie, et comme la tumeur s'était reproduite du côté de l'abdomen, elle devait disparaître de nouveau. C'est ce qui fut fait le 11, à six heures et demi du soir; bien que la malade eût uriné une heure et demie auparavant, il sortit 1 litre de liquide, le ventre tomba et le corps fibreux qui faisait saillie à travers l'orifice du col s'affaissa. L'expérience fut du reste répétée le 12 juin.

L'état général de la malade continuait à être excellent, lorsque le 14, à six heures du soir, quatre jours après la ponction, elle fut prise d'un frisson ; une heure plus tard elle vomit et eut de la diarrhée toute la nuit. Elle crut à une simple indigestion.

Le 15. Elle eut de la fièvre, la langue était sale, un peu sèche; la peau était chaude, il n'existait de douleur bien nettement limitée en aucun point de l'abdomen.

Le 16. La nuit a été mauvaise, la malade n'a pas dormi. La fièvre

persiste pendant la journée, comme il paraît exister une légère douleur du côté du rein droit, on fait appliquer 4 ventouses scarifiées. Le soir, à six heures, frisson violent; à six heures et demie : P., 152; T. V., 42,2.

Les urines examinées sont normales; elles ne contiennent pas de sang ; elles ne renferment pas de trace d'albumine.

Le 17, matin. La fièvre est toujours vive. P., 116; T. V., 40,2; il n'y a pas de douleur bien nette dans le ventre ni dans la région lombaire; il existe un peu d'œdème des membres inférieurs. Malgré la fièvre, la malade dit ne pas souffrir, se sentir très-bien, et elle demande à se lever; le facies est altéré, la langue et les lèvres sont sèches.

Soir. P, 1?2; T. V., 41° ; il y a eu un nouveau frisson à cinq heures. Depuis la veille, la malade a expulsé 1 litre et demi d'urine, elle a dû être sondée le matin et le soir.

Le 18, matin. P., 124 ; T. V., 40,3. On avait d'abord pensé à une néphrite aiguë ou à une phlébite utérine. Les douleurs n'existant pas nettement du côté des reins, les urines conservant jusqu'alors leurs caractères normaux, et ne contenant ni sang, ni albumine, la seconde supposition est seule probable, surtout en présence de l'état général de la malade qui dit se trouver bien et semble étonnée qu'on prenne tant de soins pour elle.

Le 18, soir. P., 144 ; T. V., 41,3.

Le 19, matin. P., 144; T. V., 41°. La malade succombe à une heure de l'après-midi.

L'autopsie est faite le 20 juin, à quatre heures du soir, vingt-sept heures après la mort.

L'appareil génito-urinaire fut enlevé complètement. Les reins étaient gras, nullement enflammés. Les uretères n'étaient point comprimées à leur entrée dans la vessie. La vessie elle-même n'était le siége d'aucune altération : les parois étaient seulement relâchées par suite de la distension habituelle; on ne retrouvait sur la face interne aucune trace de la ponction. A la face externe on constatait l'existence d'un petit caillot bien limité dans le tissu cellulaire au point où le trocart capillaire avait pénétré.

Du côté de l'utérus, il existait une tumeur fibreuse faisant saillie dans le col et développée aux dépens de la partie inférieure du corps. Un conduit long de 8 à 10 centimètres était situé sur la partie latérale droite de cette tumeur et menait dans la cavité utérine proprement dite qui était placée au-dessus.

En incisant le tissu utérin à droite et un peu en arrière, on trouva du pus dans un des sinus, la pression en fit sourdre 4 ou 5 gouttes. Les annexes était sains, les ligaments larges, les trompes, les ovaires, n'étaient le siége d'aucune altération; une vésicule de Graaf était

en voie de développement sur l'ovaire droit. Il n'y avait pas trace de péritonite.

Les veines utéro-ovariennes et la veine cave inférieure n'étaient le siége d'aucune lésion.

La rate était normale, un peu ramollie. Le foie était gras; en quelques endroits on trouva des taches blanchâtres, petites, arrondies.

Dans la cage thoracique, le péricarde et le cœur étaient sains; les plèvres ne renfermaient aucun liquide; les poumons étaient normaux, il n'y avait qu'un peu de congestion à la base et en arrière.

En résumé, l'existence d'un corps fibreux avait amené chez cette femme une rétention d'urine qui fut méconnue, la malade n'ayant jamais éprouvé aucune douleur, l'émission paraissant régulière et normale, les urines elles-mêmes n'étant point altérées.

L'existence de la tumeur liquide formée par la vessie, tumeur dont la véritable nature n'avait pas été soupçonnée, avait rendu le diagnostic difficile.

La ponction de la vessie, faite avec le trocart capillaire de l'appareil Dieulafoy, et l'aspiration n'avaient été suivis d'aucune inflammation de l'appareil urinaire.

La malade avait succombé rapidement avec des accidents de phlébite utérine; le toucher vaginal, pratiqué très-fréquemment, n'était peut-être pas étranger au développement de cette maladie. (*Séance du 26 juin* 1874.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité théorique et pratique de la science et de l'art des accouchements, par V. Saboia, professeur de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro (1). — M. V. Saboia (de Rio-de-Janeiro) promet, dans la préface de son *Traité des accouchements*, d'initier le public médical français à l'état de la science obstétricale dans sa patrie. Grande a été notre déception, après avoir parcouru ce volumineux ouvrage, de n'y avoir absolument rien trouvé qui pût avoir quelque rapport avec la façon dont les accouchements sont pratiqués au Brésil; c'est tout au plus si le style dans lequel a été écrite cette compilation nous révèle l'origine espagnole de l'auteur. — Il est vrai que ce dernier ne se montre pas toujours bien indulgent pour quelques-uns de nos compatriotes: — ainsi Cazeaux,

---

(1) Publié chez Asselin, Paris 1873.

d'après lui, ne serait qu'un plagiaire, et il y a bien lieu de s'étonner que son *Traité des accouchements* jouisse chez nous de quelque estime. Voici du moins la singulière opinion de M. Saboia à ce sujet: «Toutes les doctrines, dit-il, contenues dans le *Traité d'accouchements* de Cazeaux sont du professeur P. Dubois, ou se rencontrent dans les œuvres de Madame Lachapelle, de Gordien et de Velpeau ; malgré cela, son livre n'en est pas moins considéré comme excellent.» Plus loin, M. Saboia semble généraliser cette manière de voir et l'étendre à d'autres auteurs ; écoutons plutôt : « Dans toutes ces parties (du Traité de M. Saboia), le lecteur rencontrera beaucoup *d'objets et d'idées* qui ne se trouvent pas dans les traités et recueils les plus renommés, et qui paraissent ne pas être connus de beaucoup d'auteurs distingués, ou qui étaient inexactement appréciés par quelques-uns d'entre eux.» Or, nous avons précisément recherché avec soin ces « objets et ces idées, » qui certainement auraient donné une grande importance à cette nouvelle publication; ici, nous avons éprouvé une seconde déception: les innovations y sont rares et, ce qui pis est, souvent peu heureuses, ou témoignant parfois de l'inexpérience du novateur. On pourra en juger par les faits suivants, pris en quelque sorte au hasard, dans cette volumineuse compilation:

A propos de considérations générales sur le mécanisme de l'accouchement, l'auteur se plaint de la confusion existant sous ce rapport dans les descriptions même modernes, malgré les simplifications apportées par Naegelé dans la classification des présentations et positions fœtales.

Pour dissiper cette obscurité, il semble suffisant à M. Saboia de poser cette proposition : que *l'accouchement, quelle que soit la présentation fœtale, s'opère absolument et toujours par le même mécanisme, et que celui-ci peut se décomposer en cinq temps*. Il nous semble presque inutile de rappeler ici que depuis longtemps M. Pajot a introduit dans le mécanisme de l'accouchement cette simplification, reproduite d'ailleurs dans plusieurs de nos manuels élémentaires d'obstétrique.

Relativement au troisième temps de l'accouchement par le sommet, M. Saboia combat la théorie par laquelle Cazeaux expliquait la cause de la rotation interne ; on sait que ce dernier accoucheur avait étudié avec soin la résistance que rencontrait la tête de la part du bassin et du périnée, et qu'en comparant cette force avec celle opposée par l'utérus, il obtenait, par le parallélogramme, une résultante qui indiquait la direction que devait prendre la tête dans son mouvement de rotation, M. Saboia nie la possibilité d'obtenir cette résultante et appuie son assertion par des arguments qui méritent d'être pris en sérieuse considération. Seulement il n'oppose aucune nouvelle théorie à celle qu'il a battu en brèche.

Le paragraphe consacré aux anomalies de ce troisième temps est

fort obscur, surtout pour ce qui concerne les positions occipito-postérieures qui ne se réduisent point ; de plus, l'auteur exagère certainement la rareté de cette dernière anomalie. Les *hémorrhagies utérines* sont traitées d'une façon imparfaite ; tel est, par exemple, le chapitre consacré à l'insertion vicieuse du placenta sur le col, qui est tout à fait insuffisant : l'auteur semble ignorer les travaux récents ayant trait à ce point si important de la pathologie de la grossesse, et notamment le mémoire intéressant de Barnes.

Après ces critiques un peu sévères, que justifient surtout les allures prétentieuses de M. Saboia, rendons-lui pleinement justice pour les autres parties de ce traité, que plusieurs qualités recommandent à l'attention du lecteur. Et d'abord le plan général de l'ouvrage est excellent : la division des faits obstétricaux en trois classes est très-naturelle et permet d'embrasser d'un coup d'œil cette branche si vaste de la pathologie.

Dans la première classe, ou *anatomie obstétricale*, l'auteur expose l'étude anatomique du bassin et de l'appareil de la génération dans tout ce qui concerne la grossesse et l'accouchement.

Dans la deuxième, ou *physiologie obstétricale*, il étudie avec soin les fonctions de la reproduction depuis le moment où a lieu l'ovulation jusqu'à celui où cessent les phénomènes puerpéraux.

La troisième, ou *pathologie obstétricale* comprend la grossesse, l'accouchement et la délivrance et de plus les moyens employés à les prévenir et les combattre. Il nous semble que M. Saboia aurait peut-être bien fait de faire de ceux-ci une quatrième classe qu'il aurait pu désigner sous le nom de thérapeutique obstétricale.

Signalons enfin tout particulièrement à l'attention du lecteur les chapitres consacrés aux maladies de la grossesse, ceux qui traitent des obstacles provenant du fœtus et de ses annexes, rendant l'accouchement difficile, impossible ou dangereux. Ces trois points sont traités avec précision et d'une façon très-complète. Dr Dupuy.

Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse, par MM. les Drs Henri Huchard et Labadie-Lagrave, anciens internes des hôpitaux, etc. (1).

Parmi les affections utérines, la *dysménorrhée membraneuse*, décrite d'abord par Oldham et Simpson, d'Edimbourg, dès 1846, est une maladie dont l'étude a le plus laissé à désirer au triple point de vue de la pathogénie, de la symptomatologie et de la thérapeutique. C'est, — disent les auteurs dont nous analysons le travail, — « une « affection symptomatique d'un état morbide de l'utérus encore mal

---

(1) Publié chez Asselin. Paris, 1873.

« déterminé, caractérisé par l'expulsion, à chaque époque menstruelle, « de corps ou de fragments membraneux durs, soit à l'exfoliation « partielle ou totale de la muqueuse utérine, soit à la formation de « produits inflammatoires. »

Cette affection, dont on trouve déjà une observation remarquable dans Morgani et dont le Dr Moreau a signalé, dès 1814, l'existence dans sa thèse inaugurale, est donc due, soit à une exfoliation pure et simple de la muqueuse (*dysménorrhée membraneuse exfoliante*), soit au détachement de fausses membranes d'origine inflammatoire (*dysménorrhée pseudo-membraneuse*). Dans le premier cas, on trouve au microscope les éléments de la muqueuse utérine avec ses glandes, son épithélium, etc. ; dans le second on reconnaît tous les caractères des exsudats inflammatoires.

La symptomatologie de ces deux espèces de dysménorrhées se confond presque absolument ; seuls, les caractères microscopiques des produits membraneux expulsés diffèrent. Le plus ordinairement, les malades sont chloro-anémiques ; elles ont un mauvais état général, sont d'un tempérament lymphatique et scrofuleux. Les douleurs, qui doivent occuper la première place dans la description des symptômes, et qui s'exaspèrent particulièrement au moment de la période menstruelle, sont de deux sortes : 1° *les douleurs de la congestion ou de l'inflammation*, plus vives dans la dysménorrhée exfoliante ; 2° *les douleurs de l'expulsion*, caractérisées par de véritables tranchées utérines et qui se terminent par le rejet des membranes dysmémorrhéales. Celles-ci peuvent être complètes ou fragmentées, leur face externe est inégale, villeuse ; leur face interne, humide, polie. Quand la membrane est complète, elle reproduit plus ou moins exactement le moule de la cavité utérine. On a attribué pendant longtemps les accès de dysménorrhée membraneuse à autant d'avortements ovulaires ; or, la constatation chez des jeunes filles vierges et divers caractères cliniques sur lesquels MM. Labadie-Lagrave et Henri Huchard insistent, ne permettent plus de confusion possible.

Nous reproduisons, d'après eux, le tableau synoptique du diagnostic de l'avortement ovulaire et de la dysménorrhée membraneuse :

Avortement ovulaire.	*Dysménorrhée membraneuse.*
1° Expulsion de la caduque gravide en dehors de l'époque menstruelle, survenant après une aménorrhée gestative, ne se répétant pas régulièrement.	1° Expulsion de la membrane dysménorrhéale au moment de l'époque menstruelle, non précédée d'aménorrhée, se répétant souvent et régulièrement tous les mois, pouvant se produire chez les vierges.

2° Col ouvert, hémorrhagie précédant les douleurs.	2° Col fermé (?) Douleurs précédant les hémorrhagies (Madame Lachapelle).
3° Membrane caduque, quelquefois triangulaire, le plus souvent ovoïde et complète, plus épaisse que la caduque menstruelle.	3° Membrane dysménorrhéale, le plus souvent triangulaire et fragmentée.
4° Caduque gravide renfermant dans son épaisseur une petite tumeur molle, fluctuante, qui, incisée, fait reconnaître la présence d'un ovule.	4° Pas de tumeur ovulaire.
5° Vers le deuxième mois de la grossesse, la muqueuse utérine présente un épithélium pavimenteux.	5° Epithélium cylindrique.
6° Pas de signes de métrite ; pas d'exsudats inflammatoires.	6° Signes de métrite ; exsudats inflammatoires.

Enfin les auteurs insistent avec raison pour qu'on ne confonde pas les membranes ou fausses membranes avec les concrétions polypiformes, ou de mucus, retenues dans la cavité utérine plus ou moins longtemps, à la faveur d'un rétrécissement cervico-utérin, avec les débris membraneux qui peuvent provenir du vagin dans une espèce de vaginite à laquelle Tyler Smith a donné le nom de *vaginite épithéliale*, et dont le Dr Favre a donné un très-bel exemple. (*Archiv. of med.*, 1856-59, p. 71, t. I.)

La partie la plus intéressante est évidemment celle qui concerne la physiologie pathologique et la pathogénie de la dysménorrhée membraneuse.

Après avoir étudié par analogie les desquamations épithéliales qui se produisent dans la phlegmasie de toutes les muqueuses dans la néphrite catarrhale, dans l'inflammation des bronches et des poumons, dans les angines pultacées, les entérites couenneuses (*enteritis exsudatoria* de Heyfelder, *concrétions muqueuses membraniformes* de l'intestin, de Siredey) dans certains cas de cystite, de vaginite et même de métrite, après avoir rappelé que certains auteurs ont trouvé des pseudo-membranes croupales sur la muqueuse utérine, dans le cours de maladies infectieuses, dans la syphilis, le choléra et dans le cours de fièvres exanthématiques, MM. Huchard et Labadie-Lagrave sont autorisés à admettre l'existence d'une *dysménorrhée pseudo-membraneuse* liée à une endométrite exsudative, et se traduisant par la desquamation épithéliale de la muqueuse et par l'expulsion de produits inflammatoires.

Quant à l'exfoliation de la muqueuse, « elle est le produit de trois « facteurs différents, mais cependant solidaires l'un de l'autre :

« 1° Une endométrite chronique parenchymateuse, hyperplasique ;

« 2° La congestion menstruelle périodique ;

« 3° L'extravasation sanguine sous-épithéliale ou intra-muqueuse.

« L'endométrite, disent les auteurs, est comme latente et n'attend « qu'une occasion pour se manifester tous les mois, l'appareil utéro-« ovarien, en accomplissant sa fonction périodique, viendra réveiller « le mal endormi. Le sang,en affluant dans les vaisseaux utérins, sous « l'influence de l'organisme menstruel, trouvera les voies circulatoires « rétrécies, en partie obstruées, et parfois même closes, par suite de « l'hyperplasie périvasculaire. Cette ischémie passagère sera bientôt « compensée par une circulation collatérale plus active ; mais, si la « congestion augmente, ou si le travail hyperplasique a envahi tout « le département circulatoire voisin, l'afflux sanguin,rencontrant dans « son laborieux passage des barrières trop longues à franchir, finira « par les rompre. L'extravasation sanguine sous-muqueuse ou intra-« muqueuse qui en sera la conséquence, en s'infiltrant dans les couches « superficielles de la muqueuse, en produira la décortication, soit to-« tale, soit partielle, suivant l'étendue de ses ravages. »

Cette théorie nouvelle est confirmée par les résultats d'un examen microscopique qui a fait constater dans les lambeaux membraneux l'existence d'un grand nombre de capillaires avec des *amas thrombosiques* et de véritables *foyers apoplectiques*. Il se forme ainsi des apoplexies intra-muqueuses consécutives à la thrombose vasculaire.

Il résulte donc de cette étude, que la dysménorrhée membraneuse, quelles que soient ses formes et ses modalités, est constamment liée à une endométrite. Celle-ci peut retentir, se propager sur l'intestin, donner lieu, comme les auteurs en citent des exemples remarquables, à de véritables *entérites exfoliantes* avec rejet de membranes venues de l'intestin.

En résumé, la dysménorrhée peut être: 1° *pseudo-membraneuse;* elle est alors due à une endométrite exsudative et caractérisée par l'expulsion d'un exsudat fibrino-épithélial ; — 2° *membraneuse* ou *exfoliante*, elle est liée à une endométrite chronique interstitielle, hyperplasique et constituée par un exsudat interstitiel fibrineux et par l'exfoliation plus ou moins complète de la muqueuse utérine avec ses glandes ; — 3° enfin, elle peut être simplement *desquamative*, dans les cas d'endométrite catarrhale où l'exsudat est simplement muqueux et la desquamation bornée à la couche épithéliale. Cette dernière forme de dysménorrhée, qui n'a pas la même importance que les deux premières, est simplement l'exagération du phénomène physiologique de la muqueuse utérine, qui s'observe pendant la période menstruelle. mais elle acquiert une grande importance en ce qu'elle peut être le

premier degré des dysménorrhées membraneuses ou pseudo-membraneuses.

Cette affection, ordinairement de longue durée, s'accompagne presque toujours de stérilité ; sur une quarantaine de cas dont les observations sont résumées à la fin de ce travail, MM. Huchard et Lagrave ne comptent que huit guérisons. Cependant, il est indiqué à peu près dans tous les cas, de modifier la muqueuse utérine par des cautérisations ou des injections pratiquées dans l'intérieur de la matrice. M. Depaul a pu guérir une femme par des cautérisations du col à l'aide du fer rouge ; M. Siredey rapporte deux cas de guérison complète par les cautérisations intra-utérines de nitrate d'argent. D'après les auteurs, il faudrait donner la préférence aux crayons de tannin, dont l'introduction répétée et maintenue pendant plusieurs heures a pu être également suivie de guérison.

Quant aux injections intra-utérines, elles ne seront employées qu'avec la plus grande circonspection, et l'on aura, dans tous les cas, toujours soin, suivant la méthode de M. Gallard, de mesurer préalablement la capacité de l'utérus par une première injection d'une certaine quantité connue d'eau tiède.

La dilatation progressive du col au moyen des cônes d'éponge préparée (Voy. *De l'emploi de l'éponge préparée dans les maladies utérines*, par le Dr Henri Huchard, Société méd. d'observation 1868-1870, p. 332-339) est encore un excellent moyen à tenter pour favoriser l'expulsion membraneuse, et conséquemment diminuer les douleurs dans les cas fréquents où, d'après les auteurs, le canal cervico-utérin est affecté d'un véritable rétrécissement, qu'il soit de nature spasmodique ou inflammatoire. M. Siredey aurait même pu guérir une de ses malades par la dilatation graduelle et progressive du col.

Le traitement général jouera aussi un rôle important dans une affection où l'on observe si souvent les signes de la chlorose, de l'anémie, tous les attributs d'une constitution délicate, lymphatique ou scrofuleuse et les symptômes manifestes de nervosisme et d'hystérie. — Parmi les eaux minérales à employer, il faut citer les eaux bicarbonatés sodiques (Vichy, Vals, Ems), à titre de sédatives ; de la Bourboule, comme reconstituantes ; les eaux bicarbonatées calciques, d'Ussat et de Néris, ainsi que les eaux sulfureuses de Bagnères-de-Bigorre, dans les cas où il existe un état névropathique bien accusé ; les eaux sulfureuses douces de Saint-Sauveur, d'Aix en Savoie pour les sujets lymphatiques ou scrofuleux, etc. Enfin les bains de mer, qui conviennent rarement, pourront seulement être employés dans les formes torpides de la dysménorrhée membraneuse. (1873.)

Gastro-hystérotomie (opération césarienne) avec suture élastique de l'utérus. Succès pour la mère et l'enfant, par Ol. Grandesso Sil-

VESTRI. —Cette observation, qui a déjà donné lieu à la lettre de M. le professeur Stoltz qu'on a pu lire dans le numéro d'avril de ces Annales, mérite que nous la résumions en quelques mots pour la nouveauté du procédé. — Il s'agit d'une rachitique chez laquelle l'accouchement fut jugé impossible par les moyens ordinaires. L'anesthésie fut obtenue par l'administration de 10 grammes de chloral en deux doses, agent qui aurait, en outre, d'après l'auteur, l'avantage d'empêcher les vomissements si fréquents dans cette opération. La section des parois abdominales fut faite sur la ligne blanche en la prolongeant au-dessus du nombril à gauche; l'utérus fut incisé sur la ligne médiane dans presque toute l'étendue de la paroi antérieure, il en retira une fille vivante et bien conformée. — Les lambeaux de la plaie utérine restaient écartés, quoique l'utérus fût déjà revenu sur lui-même; le Dr Grandesso Silvestri pratiqua alors quatre points de suture avec du cordonnet élastique recouvert de soie, tel qu'on le trouve dans le commerce. Les parois abdominales recousues et le pansement fini, le reste du traitement fut laissé aux soins du Dr Valentinotti.

La malade, opérée dans la nuit du 3 octobre, dut être sondée deux fois dans la journée, et vers le soir elle se plaignit d'une très-vive douleur dans la fosse iliaque gauche, douleur qui avait disparu le lendemain. Les lochies apparurent le deuxième jour et se maintinrent régulières. Suites de couches sans accidents. Le seizième jour, la plaie abdominale était cicatrisée, sauf une petite plaie superficielle qui marchait aussi vers la guérison. Le vingt-quatrième, la malade se levait, et le trente-unième elle se promenait complètement guérie.

Le Dr Grandesso Silvestri attribue cette prompte guérison à l'emploi de la suture élastique, qui prévint toute réaction inflammatoire et favorisa la réunion de la plaie utérine probablement, par première intention. — On trouvera dans la lettre de M. le professeur Stoltz les commentaires les plus intéressants au sujet de cette observation. (*Gazzetta medica ital. prov. Venete, anno* 17, *n°* 6.) VIAULT.

Diagnostic des cancers de l'utérus (*Leçon de M. le professeur Richet, recueillie par M. Emery, interne des hôpitaux de Paris.* — La malade qui a fait le sujet de la leçon de M. le professeur Richet est une femme de 27 à 28 ans; elle a été soignée, il y a huit ans, pour une ulcération du col consécutive à un accouchement, laquelle nécessita plusieurs cautérisations. Puis elle se rétablit et eut deux nouvelles couches sans suite fâcheuse. Au mois d'octobre dernier elle vint de nouveau voir M. Richet pour une nouvelle affection utérine, suite d'un quatrième accouchement, qui avait eu lieu au mois d'août et qui à l'inverse des précédents, s'était accompli avec beaucoup de lenteur.

Elle se plaignait de métrorrhagies abondantes et accusait des pertes d'un liquide sanieux grisâtre d'une odeur nauséeuse.

Le toucher permet de constater entre les lèvres du col, une tumeur irrégulière, bosselée, de la grosseur d'un noix recouverte de son enveloppe, et formée de granulations analogues aux végétations polypiformes du col. Les lèvres du col étaient exemptes d'altérations et sans adhérences avec la tumeur. Au spéculum, on pouvait voir, faisant hernie entre les lèvres du museau de tanche, une tumeur d'un rouge assez vif formée de végétations granuleuses, se réunissant en lobules et séparées eux-mêmes par des sillons plus ou moins profonds. Cette tumeur ne saignait que si on entamait son tissu. L'état général de la malade était excellent. M. Richet pensa qu'il avait affaire à quelques débris de placenta greffé sur la face interne de l'utérus et subissant une sorte de putréfaction. L'extraction de la tumeur fut alors tentée, mais sans succès, à cause de son adhérence trop intime au tissu utérin.

Un mois après, la malade vint voir de nouveau M. Richet; elle présentait toujours des métrorrhagies et le même écoulement de sérosité grisâtre et infecte. La tumeur avait acquis un développement considérable, elle faisait hernie à travers les lèvres du col, et, s'évasant comme une sorte de champignon, remplissait presque complètement le cul-de-sac postérieur du vagin.

Un mois plus tard, la malade s'était amaigrie considérablement ; elle présentait les signes de la cachexie cancéreuse. Puis elle éprouva dès symptômes généraux graves, dus, selon M. Richet, à une résorption des matières septiques accumulées dans l'utérus.

Le toucher permet de constater que la tumeur est plus granulée, plus fissurée ; elle a acquis le volume d'une orange, les lèvres paraissent encore saines, la tumeur est devenue molle, elle est maintenant fragile, friable, il est facile d'en détacher des morceaux. L'utérus présente son volume normal. La surface de la tumeur, examinée au spéculum, est fissurée, et les sillons sont marqués en noir par du sang coagulé et l'on voit, çà et là, quelques points grisâtres dus à une gangrène moléculaire. Au microscope, on trouve ces granulations formées de cellules épithéliales, et des éléments du sarcome.

M. Richet faisant remarquer que la tumeur s'est développée à la suite d'une couche régulière, dans l'espace de quatre mois, qu'elle est fongeuse, mollasse, irrégulière, ne saignant pas beaucoup, mais exhalant une sérosité infecte, il se demande quelle peut en être la nature ? si c'est une tumeur constituée par des débris placentaires, ou si elle est de nature maligne ?

Après quelques considérations générales sur les débris placentaires qui se greffent ainsi sur l'utérus et y vivent en parasites, M. Richet arrive à conclure que cette tumeur, qu'il avait tout d'abord considérée comme de nature bénigne, à cause de son développement rapide à la suite d'un accouchement et parce que la santé générale était restée bonne pendant longtemps, ne peut être en réalité qu'une tumeur de mauvaise nature ; il se fonde, pour admettre cette opinion, sur ce que la tumeur a augmenté considérablement de volume, qu'elle est devenue friable, et que l'examen histologique démontre qu'elle est formée des éléments du sarcome.

Enfin l'auteur, après cette conclusion, pense qu'il faut se décider à enlever cette tumeur le plus tôt possible. (*L'École de Médecine*, n° 1. 1874.)

VARIÉTÉS.

Du chloral dans le cancer de l'utérus. — M. Constantin (Paul) a présenté à la Société de thérapeutique, (séance du 11 janvier 1874), des suppositoires d'hydrate de chloral qu'il introduit dans la cavité vaginale ou sur le fond même de l'ulcération dans les cas de cancer de l'utérus.

Ces suppositoires sont préparés d'après la formule suivante :

Pr.	Beurre de cacao......	11 grammes
	Cire blanche.........	7 —
	Hydrate de chloral...	6 —

F. S. A. Six suppositoires.

Ces suppositoires, qui ne déterminent aucune irritation des parties avec lesquels ils sont mis en contact, calment les douleurs sans provoquer le sommeil.

Les suppositoires préparés d'après cette formule n'ont pas donné, entre nos mains, les résultats que nous en attendions. Plusieurs fois nous les avons retrouvés, non encore fondus, au bout de vingt-quatre heures, et lorsque nous avons voulu les faire préparer avec une quantité de cire moindre que celle indiquée, ils étaient trop déliquescents, et leur introduction devenait extrêmement difficile. Nous pensons donc que c'est là une préparation défectueuse, qui n'est pas destinée à rester dans la pratique. Nous croyons devoir nous en tenir, soit aux injections de chloral d'après la formule suivante, qui nous a été donnée par M. Martineau :

Pr.	Hydrate de chloral.......	10 grammes
	Essence d'eucalyptus.....	1 —
	Alcool..................	50 —
	Eau......................	1 litre

soit à l'emploi du chloral dans des sachets d'ouate, comme nous avons l'habitude de le faire pour le tannin, l'iodure de potassium et quelques autres médicaments.

Nous avons surtout remarqué l'action désinfectante de ces injections, et c'est là le plus sérieux avantage que nous leur ayons trouvé. Nous devons dire que nous n'avons pas eu l'occasion de les employer dans les cas de cancer excessivement douloureux, et, dès lors, il nous est absolument impossible de dire quel est leur effet comme calmant.

Concours.— La Société protectrice de l'enfance de Marseille met au concours les deux questions suivantes :

1° Influence de la première éducation (de la naissance à trois ans) sur l'enfant. Y a-t-il inconvénient à développer trop tôt ses facultés intellectuelles?

2° Méthode pratique pour procéder à l'examen médical des nourrices et déterminer leur aptitude à l'allaitement.

Les mémoires devront être adressés, selon les formes académiques, avant le 15 décembre 1874, à M. le Dr Mélis, président de la commission médicale scientifique, à Marseille, rue de la Darse, 19.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de juin 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DECÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu...	16	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (1)
Pitié........	33	»	3	»	»	3	»	9.99	»	»	9.99	»	»
Charité.......	36	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Antoine	34	2	1	»	»	3	5.88	2.94	»	»	8.82	»	»
Necker.......	6	»	1	»	»	1	»	16.66	»	»	16.66	»	»
Beaujon......	27	»	1	1	»	2	»	3.70	3.70	»	7.40	»	»
Lariboisière...	65	4	1	»	»	5	6.15	1.54	»	»	7.69	»	»
Saint-Louis...	60	»	»	»	1	1	»	»	»	1.66	1.66	»	»
Lourcine.....	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres.	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	280	6	7	1	1	15	2.14	2.50	0.35	0.35	5.35	»	1
Services spéciaux													
Cochin.......	62	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.....	46	2	5	»	1	8	4.35	10.87	»	2.47	17.39	»	»
Mson d'Accouchem.	78	»	1	»	»	1	»	1.28	»	»	1.28	»	»
TOTAL.......	186	2	6	»	1	9	1.07	3.22	»	0.54	4.83	»	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	882	3	0.34
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	191	1	0.52

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) Péritonite.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

De la grossesse considérée comme cause de maladies, par le Dr CHEVELU. (Thèse de Paris, 1874.)

Kyste multiloculaire de l'ovaire, rupture spontanée d'une de ses poches. Epanchement de son contenu dans le péritoine; péritonite suraiguë; mort; autopsie. Clinique de M. le professeur GOSSELIN. (*France médicale*, 29 juillet 1874.)

Absence de vagin ; rétention des règles ; opération ; guérison ; ultérieurement grossesse ; nécessité de débrider la partie supérieure du vagin ; expulsion d'un fœtus mort au bout de 48 heures ; guérison, par M. le professeur DOLBEAU. (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 février 1874.)

Imperforation de l'hymen ; rétention des menstrues ; opération ; guérison. (*Bordeaux médic.*, 1873, n° 52.)

Sur le traitement de l'antéflexion de l'utérus par une nouvelle forme de pessaire intra-utérin, par le Dr GRANVILLE-BANTOCK.— *The obstetrical Journal*, avril 1874.

Tumeur fibreuse de l'utérus, par le Dr KIDD. (The Dublin obstetrical Society, séance du 14 février 1874.— *The obstetrical Journal*, avril 1874.)

Nouvelle forme de pessaire galvanique, par le Dr JAMES YOUNG. (The Edinburgh obstetrical Society, séance du 14 janvier 1874.—*The obstetrical Journal*, avril 1874.)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Leçons sur les opérations obstétricales et le traitement des hémorrhagies, par le Dr ROBERT BARNES. Masson, éditeur. Paris, 1873.

Distocia grave per gravissima e strona monstruosita. Lettre du Dr EDOARDO PORRO au professeur DOMENICO CHIARA.

De l'inflammation des trompes utérines, par le Dr SEUVRE, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. Thèse de Paris, 1874.

Die soliden Eierstocksgeschwülste. — Über die Veränderungen der Beckenform durch einseitige angeborene oder erworbene oberschenkelluxation. — Ein seltener Fall von cavernösem Uterusfibroid, par le Dr G. LÉOPOLD.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Septembre 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

EMPLOI DU FORCEPS

POUR EXTRAIRE LA TÊTE DU FŒTUS APRÈS LA SORTIE DU TRONC

Par le Dr J. Grynfeltt,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Après un accouchement en présentation pelvienne, ou après une version podalique, la tête du fœtus peut être retenue dans les parties maternelles, et son extraction offrir de sérieuses difficultés. Dans la très-grande majorité des cas, les mains suffisent pour cette extraction ; mais il peut se faire, dans quelques cas exceptionnels, que des tentatives intelligentes, bien dirigées, même réitérées, d'extraction manuelle, n'aboutissent pas, et qu'il faille recourir au forceps.

Mme Lachapelle (1) rejette, à peu près complètement, l'usage de cet instrument. Elle en a fait, dit-elle, plusieurs fois l'essai,

(1) Lachapelle *Pratique des accouchements*, t. I, p. 77 et 78.

toujours sans véritable utilité. Chailly (1) est également convaincu que « dans la plupart des cas où l'on s'est cru dans la nécessité d'avoir recours à cet instrument, si l'on s'était servi d'un bon procédé d'extraction, et si l'on avait employé une force suffisante, on aurait pu extraire la tête rien qu'avec les mains. » Telle est aussi, si nos souvenirs sont bien exacts, l'opinion de M. le professeur Pajot.

Loin de nous la prétention de contredire la manière de voir de praticiens aussi expérimentés, et de vouloir ramener les accoucheurs de nos jours dans la voie inaugurée par Smellie (2) vers le milieu du siècle dernier.

Bien que Baudelocque (3) lui-même ait marché sur ses traces, et que cette pratique ait été suivie par presque tous les accoucheurs de son temps élevés à son école, nous croyons, avec Mme Lachapelle, Chailly, Joulin (4) et tous les accoucheurs modernes, qu'une manœuvre adroite exécutée avec les mains seules doit réussir dans le plus grand nombre des cas du genre de ceux qui doivent nous occuper dans ce travail. D'autant plus que nous reconnaissons, pour l'avoir essayée, que l'application du forceps n'est pas alors sans offrir de grandes difficultés, à cause de la présence à la vulve du tronc du fœtus, qui gêne beaucoup l'introduction des branches. Mais nous croyons aussi, avec Chailly (5), Cazeaux (6), Tarnier (7), Barnes (8), qu'il est telles circonstances, dans les cas mêmes qui nous occupent, où le forceps est non-seulement utile, mais indispensable.

Le détroit supérieur peut être assez rétréci, ou bien les parties molles qui constituent le périnée et l'anneau vulvaire peuvent offrir une résistance assez grande pour que le forceps seul puisse

---

(1) Chailly. *Traité théor. et prat. des accouch.*, 4e édit., p. 702.

(2) Smellie. *Traité de la théorie et prat. des accouch.*, t. IV, p. 65 et planche XXXV, de la traduction de Préville, 1771.

(3) Baudelocque. *L'art des accouch.*, t. II, p. 199 et suiv.

(4) Joulin. *Traité complet d'accouch.*, p. 1043.

(5) Chailly. *Op. cit.*, p. 702.

(6) Cazeaux. *Traité théor. et prat. des accouch.*, 6e édit., p. 844.

(7) Tarnier. Dictionnaire de Jaccoud, art. *Forceps*, t. XV, p. 392.

(8) Barnes. *Leçons sur les opér. obstétr.*, édit. franç., p. 55.

triompher de ces obstacles sans compromettre fatalement la vie de l'enfant.

Sans doute les mains ont une prise très-solide sur la mâchoire inférieure, sur le cou et les épaules du fœtus pour opérer l'extraction de la tête; mais encore faut-il que cette extraction soit prompte, sans quoi la vie de l'enfant est perdue. Si on ne réussit pas dans quelques minutes et sans de trop grands efforts, la mort de l'enfant est, pour ainsi dire, la règle soit par le fait de la compression trop prolongée du cordon ombilical, soit par le fait de tiraillements, de déchirures de la moelle épinière, ou de quelque luxation des vertèbres du cou. A la vérité, il est des enfants qui résistent aux tractions les plus vigoureuses, les plus longues, aux torsions, aux compressions les plus énergiques; néanmoins ces manœuvres, si elles sont par trop brutales, produisent les graves désordres que nous venons de signaler, et que Grenser (1) lui-même reproche à la *manœuvre* dite *de la maternité de Prague.*

Suivant Barnes (2), « Busch, de Berlin, recommande chaudement l'emploi du forceps dans les cas dont il s'agit ici, et il lui attribue l'extraordinaire succès de la version dans sa pratique. Sur 44 cas de version, 3 enfants seulement, dit-il, sont morts du fait de l'opération. Feu le D[r] Rigby et le D[r] Meigs insistent aussi sur les avantages de cette opération. »

L'obligation de conserver la vie de l'enfant n'est pas, comme le dit Baudelocque (3), le seul motif qui doive nous déterminer à faire usage du forceps dans les accouchements en question; il faut encore l'employer après la mort du produit si un obstacle quelconque, difficile à vaincre avec les mains seules, peut faire craindre la séparation de la tête d'avec le tronc, sous l'influence de trop fortes tractions. On doit, en effet, même sur un enfant mort, éviter avec soin la détroncation; car, sans parler de l'impression pénible qu'un tel accident ne manque jamais de produire sur les assistants, avec lesquels il faut bien aussi comp-

(1) Grenzer in Nægele. *Traité prat. des accouch.* Trad. Aubenas, p. 317.
(2) Barnes. *Op. cit.*, p. 56.
(3) Baudelocque. *Loc. cit.*, p. 201.

ter un peu, il est plus difficile d'extraire une tête quand elle est séparée du tronc que lorsque elle est encore réunie à cette partie du fœtus. Si le forceps lui-même était impuissant à amener la tête au dehors, l'emploi du céphalotribe, sans décollation préalable, serait alors de mise.

Au demeurant, le but de ce travail n'est pas de chercher à démontrer la prééminence du forceps sur l'extraction manuelle dans les cas où, après l'expulsion du tronc du fœtus, la tête se trouve retenue dans les parties génitales de la parturiente. Nous avons déjà dit quel était notre sentiment à cet égard. Nous désirons seulement mettre en évidence, en nous appuyant sur un fait que nous avons observé dans le service de la Clinique d'accouchements de Montpellier, les avantages que présente, dans les cas analogues, l'application du forceps faite sur le *plan dorsal* du fœtus, contrairement à la règle posée dans presque tous nos livres d'accouchements.

De plus, pour montrer les analogies et les différences qu'offre ce mode d'intervention avec ceux que peuvent nécessiter les divers cas de rétention de la tête, après la sortie du tronc, nous ferons une étude d'ensemble de ces divers cas. Ainsi nous pourrons peut-être arriver à quelques conclusions pratiques un peu différentes de celles formulées dans nos livres classiques. Si nous n'apprenons rien de nouveau à nos confrères familiarisés avec la pratique des accouchements, nous aurons, peut-être cependant, le mérite de porter un peu de lumière, dans la manière dont il faut comprendre les divers modes d'application du forceps, pour extraire la tête du fœtus, lorsque le reste du corps est déjà à l'extérieur, et surtout de montrer le peu de valeur, au point de vue pratique, de la règle absolue qui veut qu'on introduise toujours les branches de l'instrument sur le *plan sternal* du fœtus.

Depuis Baudelocque, sauf Cazeaux (1) et M. Tarnier (2) qui admettent que lorsque l'occiput *défléchi* est logé dans la concavité du sacrum « on peut être autorisé » à introduire le forceps

(1) Cazeaux. *Op. cit.*, p. 844.
(2) Tarnier. *Loc. cit.*, p. 393.

suivant le *plan dorsal* du fœtus, tous les auteurs classiques français enseignent que « *le forceps doit toujours être appliqué à la partie antérieure du produit, quelle que soit la position.* » Et Chailly (1) écrit cette règle en italiques. Joulin (2), à son tour, formule le même précepte.

Eh bien, suivant notre avis, cette formule générale est de tous points regrettable et ne peut qu'amener des mécomptes dans la pratique, dans certains cas donnés. Nous comptons pouvoir le démontrer dans le courant de ce travail. Nous croyons fermement, au contraire, que dans le cas spécifié ci-dessus par Cazeaux, on est plus qu'autorisé à appliquer le forceps sur le *plan dorsal* du fœtus, mais qu'on doit nécessairement l'appliquer ainsi pour imiter le dégagement spontané. *Ars imitatio naturæ.*

Faut-il pour cela que nous adoptions, sans restriction aucune, le précepte donné par les accoucheurs allemands (3) à savoir : de *relever toujours* le tronc du fœtus vers le ventre de la mère et d'appliquer le forceps *toujours au-dessous* de lui ? Nullement, et nous tâcherons de le prouver. Entrons dans les détails.

L'arrêt de la tête fœtale, après la sortie du tronc, peut avoir lieu soit au détroit supérieur, dans l'excavation ou au détroit inférieur.

Ces distinctions, admises par tous les auteurs depuis Baudelocque, s'imposent théoriquement d'elles-mêmes, et sur chacune d'elles, chaque auteur a fait, on peut le dire, sa théorie. On a toutes les peines du monde à comprendre ces descriptions fantaisistes, et toutes ces opérations sont même irréalisables sur le fantôme, quand on veut en simuler exactement le *modus faciendi.* Pour nous, nous pensons avec Joulin (4), et nous reviendrons plus loin sur ce point, que la rareté des observations sur ce sujet n'a donné lieu jusqu'ici qu'à des hypothèses sur les rapports de

(1) Chailly. *Op. cit.*, p. 702.
(2) Joulin. *Op. cit.*, p. 1044.
(3) Voir Scanzoni. *Précis théor. et prat. de l'art des accouch.*, trad. Picard, p. 350, et Nægele, trad. Aubenas, p. 296.
(4) Joulin. *Op. cit.*, p. 1043.

la tête fœtale avec le détroit supérieur dans les conditions où nous nous sommes placé.

Occupons-nous d'abord des cas les moins rares, de ceux que nous avons pu nous-même observer, c'est-à-dire des cas où la tête du fœtus, après l'expulsion du tronc, est retenue au détroit inférieur ou dans l'excavation. Puis nous dirons notre sentiment sur les cas tout à fait exceptionnels, excessivement rares, où la tête, dans les mêmes conditions, se trouve arrêtée au détroit supérieur.

I.

TÊTE AU DÉTROIT INFÉRIEUR OU DANS L'EXCAVATION.

A. *Position occipito-pubienne.* — Elle est la plus commune, et rarement le forceps est indispensable. Sans insister ici sur tous les détails de l'extraction manuelle bien connue de tous les accoucheurs, nous dirons que, en *relevant fortement* le tronc de l'enfant vers le ventre de la mère, tout en exerçant la manœuvre classique de l'extraction, le dégagement se fait généralement avec la plus grande facilité.

La *manœuvre de la Maternité de Prague* vantée par Scanzoni (1), et qui, en définitive, n'est que la manœuvre précédente outrée, si nous pouvons ainsi dire, peut être essayée si l'autre ne réussit pas. Mais elle peut être fatale à l'enfant. Elle consiste, lorsque la tête est encore élevée, à abaisser complètement le tronc du fœtus vers le périnée de la mère, puis à appliquer les doigts en crochets sur les épaules et à tirer graduellement en arrière; enfin, pour compléter le dégagement, à élever brusquement le dos de l'enfant vers le ventre de la mère, tout en continuant à tirer avec force. Mais ces tractions énergiques, non secondées par l'abaissement du maxillaire inférieur à l'aide de doigts introduits dans la bouche, ne sont pas innocentes; elles peuvent déterminer les graves désordres que nous avons déjà signalés du côté du centre médullaire. Aussi Holl, Hecker, Martin

(1) Scanzoni. *Op. cit.*, p. 315 et 316.

(d'Iéna), Grenser et d'autres (1) conseillent-ils de s'en méfier.

Quoi qu'il en soit, remarquons, la chose en vaut la peine, que le mécanisme de ce dégagement est le même que celui du dégagement de la tête en présentation crânienne, quand le temps de rotation s'est effectué en avant, comme c'est le règle, quand l'occiput est arrivé sous le pubis. En effet, le centre du mouvement de dégagement de la *tête dernière* en position *occipito-pubienne* est la *région sous-occipitale* du fœtus appliquée sous la symphyse pubienne, et les diamètres antéro-postérieurs offerts par cette tête, pendant son expulsion, au détroit inférieur, sont tous les *diamètres sous-occipitaux*, comme dans l'expulsion de la *tête première* en présentation crânienne, quand la rotation s'est faite normale, en avant. Seulement le dégagement, au lieu de s'opérer du vertex au menton, comme dans le cas de *tête première*, s'exécute ici, dans le cas de *tête dernière*, du menton au vertex, ce qui ne change rien en réalité au mécanisme, puisque ce sont toujours les mêmes *diamètres sous-occipitaux* qui passent au détroit inférieur, quoique dans un ordre inverse.

Comment donc intervenir avec le forceps, s'il faut y avoir recours? *Ars imitatio naturæ* : par ce précepte que l'accoucheur ne doit jamais perdre de vue, sa conduite est toute tracée. L'application du forceps doit être faite de manière à abaisser la face, et à amener le menton le premier au devant du périnée, puis successivement la bouche, le nez, le front, le bregma, et enfin le vertex. Ainsi sera imité le dégagement spontané. Pour aller saisir la face, qui se trouve en arrière dans la concavité du sacrum, le mieux est assurément de *relever le tronc du fœtus* en avant vers le ventre de la parturiente, et de glisser l'instrument *au-dessous de lui*, sur son *plan antérieur* ou *sternal*. Cette direction donnée au corps de l'enfant n'est autre, au reste, que celle qu'il prend de lui-même quand le dégagement spontané a lieu, ou celle qu'il faut lui imposer quand on opère l'extraction avec les mains seules. Relever donc l'enfant pour glisser sous lui les branches du forceps, c'est déjà imiter un mouvement naturel.

---

(1) Nægele. *Op. cit.*, trad. Aubenas, p. 317.

Appliqué comme il vient d'être dit, le forceps est assurément on ne peut mieux disposé pour opérer le dégagement artificiel, et il suffit pour cela, une fois les branches articulées avec la précaution de ne pas pincer entre elles le cordon ombilical, de tirer en ayant soin de porter bien *en haut* les manches de l'instrument à l'effet de produire le dégagement tel que nous venons de le décrire ci-dessus, c'est-à-dire d'amener successivement *au devant du périnée* le menton, la bouche, le nez, le front, le bregma, et enfin le vertex.

Si nous nous rappelons maintenant la manœuvre d'extraction avec le forceps de la *tête première* en position *occipito-pubienne*, nous verrons qu'elle est absolument la même, que les tractions doivent être dirigées dans le même sens. Ainsi : *tête première* ou *tête dernière* en *occipito-pubienne*, même évolution spontanée, même évolution artificielle soit avec les mains, soit avec le forceps, la seconde image de le première.

Remarquons en terminant ces considérations sur la position occipito-pubienne de la tête dernière que, dans l'espèce, il y a concordance parfaite du principe des accoucheurs allemands, qui veulent qu'on applique *toujours* le forceps *au-dessous* du tronc de l'enfant au préalable redressé, et du principe des accoucheurs français, qui prescrivent l'application du même instrument *toujours* sur le *plan antérieur* ou *sternal*, quelle que soit la position.

B. *Position occipito-sacrée.* — Exceptionnellement, par anomalie, pour une raison ou pour une autre que nous n'avons pas à rechercher ici, le cinquième temps d'un accouchement spontané par le siége, la rotation intérieure de la tête, se fait de façon que l'occiput est conduit dans la concavité du sacrum ; ou bien en pratiquant une version podalique on n'a pas pu imprimer au fœtus le mouvement de rotation sur son axe à la faveur duquel on ramène le plus souvent le dos en avant et l'occiput derrière le pubis. Dans ces deux cas, la tête fœtale se trouve engagée dans l'excavation la *face en avant* et l'*occiput* dans la *courbure du sacrum*.

Deux circonstances peuvent se présenter alors, et il est très-important de les distinguer, comme nous allons le voir : *a*.) ou

bien la tête engagée est resté *fléchie* dans l'excavation parce qu'on a eu garde de ne pas exercer de trop fortes tractions ; *b.*) ou bien, malencontreusement ou par maladresse de l'accoucheur, la tête s'est *défléchie.*

a.) *Tête fléchie.* — En cette occurrence, le menton appliqué sur la poitrine de l'enfant se trouve *derrière* ou *dessous* la symphyse pubienne, et tend à se dégager le première à la *commissure antérieure de la vulve*, si les contractions sont bonnes et s'il n'existe aucune disproportion entre le volume de la tête fœtale et les parties maternelles, en un mot, si l'expulsion peut se faire spontanément. Après lui, apparaissent successivement, au même point de l'orifice vulvaire, la bouche, le nez, le front, le bregma et l'occiput en dernier lieu, tandis que pendant ce temps le tronc du fœtus, qui est à l'extérieur, se porte de lui-même et d'une façon très accusée *vers le périnée* de la mère, c'est-à-dire *très par en bas.*

Favoriser ce dégagement naturel en abaissant la mâchoire inférieure à l'aide de deux doigts portés dans la bouche, pendant qu'avec l'autre main on tire sur le tronc en le portant *très-fortement par en bas*, vers le dos de la mère (*mouvement de dos sur dos.* — Pajot), en même temps qu'avec deux doigts portés dans la courbure du sacrum on refoule en haut l'occiput, telle est la conduite dictée par la nature à l'accoucheur qui sait la comprendre et qui sait tenir compte de ses avertissements.

Que se passe-t-il dans ce dégagement? — Absolument les mêmes phénomènes que dans un dégagement de présentation crânienne en position occipito-postérieure secondaire, lorsque le temps de rotation intérieure s'étant fait en arrière, la région sous-occipitale du fœtus prend un point d'appui sur le bord antérieur du périnée et devient le centre du dégagement des diamètres sous-occipitaux de la tête fœtale. En effet, on voit alors se dégager successivement, par un mouvement d'extension qui s'opère de haut en bas, l'occiput, puis le bregma, le front, le nez, la bouche et enfin le menton ; et dans le cas de *tête dernière* en position également *occipito-postérieure*, on voit se dégager successivement, par un mouvement inverse (de flexion), effectué de haut en bas, le menton, le nez, le front, le bregma

et enfin l'occiput, c'est-à-dire *les mêmes diamètres sous-occipitaux*, bien que dans un ordre inverse. En définitive, le mécanisme reste le même, il se réalise seulement dans un sens différent. Ce sont *toujours les mêmes diamètres sous-occipitaux* de la tête qui passent successivement au détroit inférieur, quoique dans un ordre renversé.

Si l'excellente *manœuvre de dos sur dos* ne réussit pas, et s'il faut en venir à une application de forceps, comment introduire les branches de cet instrument? —Rappelons encore le principe si sage : *Ars imitatio naturæ*, si fécond en applications pratiques, et nous saurons quelle conduite tenir. Conséquemment, après avoir *abaissé fortement le tronc* du fœtus *au devant du périnée*, entre les cuisses de la mère, comme cela a lieu dans le dégagement spontané, il faut, croyons-nous, conformément ici au précepte des accoucheurs français, introduire les branches du forceps *au-dessus du corps de l'enfant*, suivant le *plan sternal*. Ainsi appliqué le forceps est on ne peut mieux disposé pour faire exécuter à la tête les mêmes mouvements qu'elle effectuerait si l'expulsion était spontanée, sans compter qu'il a prise sur une plus large étendue de la boîte crânienne. Nous allons, du reste, revenir sur ce dernier point. Toujours est-il que nous pensons, dans l'espèce, devoir rejeter la méthode allemande, qui veut que le forceps soit *toujours* appliqué *au-dessous* du tronc du fœtus.

Une explication nous paraît nécessaire à cet égard : Nous conviendrons d'abord, pour qu'on ne nous accuse pas de parti pris, que l'application des cuillers du forceps en avant du corps du fœtus présente toujours des difficultés plus grandes que lorsqu'on veut les appliquer en arrière. En effet, que l'on réfléchisse à la meilleure manière, au procédé le plus pratique d'introduction des branches du forçeps, et on verra bientôt, pour peu que l'on ait fait usage de cet instrument, que c'est la méthode de Mme Lachapelle (1), qui consiste, on le sait, à appliquer constamment chacune des cuillers au devant du ligament sacro-

(1) Lachapelle. *Loc. cit.*, p. 66 et 67.

sciatique et à lui imprimer ensuite un mouvement de spire qui la conduise en avant et en haut sur les côtés de la tête fœtale. Là, effectivement, le bassin est plus ample et on y trouve, grâce à la courbure du sacrum, plus d'espace pour la manœuvre. Par conséquent, il semble de prime abord qu'il faille dans tous les cas de tête dernière dans l'excavation, donner la préférence à la pratique des Allemands et glisser toujours le forceps au-dessous du corps du fœtus relevé vers le ventre de la parturiente.

Cependant, dans le cas dont il s'agit actuellement (*tête dernière fléchie en occipito-sacrée*), la méthode allemande n'est pas, ce nous semble, la plus rationnelle, si tant est qu'elle soit toujours applicable. Et voici pourquoi : Si la tête est fortement *fléchie* et le menton *dessous* la symphyse pubienne, le tronc de l'enfant est de lui-même fortement porté en arrière, et met obstacle à l'introduction des branches du forceps au-dessous de lui. D'autre part, l'occiput se trouvant alors tout à fait en haut de l'excavation et porté autant que possible vers la paroi antérieure du bassin, il en résulte que la presque totalité de la tête fœtale, à cause même de cette flexion exagérée, se trouve également comme portée en avant, derrière la symphyse, et qu'il est assez difficile de la bien saisir avec les cuillers de forceps placées *en arrière*, *au-dessous* du tronc pendant au dehors. Et pourtant, Scanzoni (1), qui adopte complètement la manière d'agir de ses compatriotes, recommande expressément, avec raison selon nous (il sent bien la nécessité de ce précepte), de saisir la tête le plus près possible de la paroi antérieure du bassin. L'application du forceps, faite comme le veulent les Allemands, serait-elle d'ailleurs facile dans le cas supposé, qu'on aurait de la peine très-certainement, à cause de la présence du bord antérieur du périnée, à diriger convenablement les tractions de façon à imiter le dégagement naturel. Cette raison nous paraît péremptoire.

Nous ne nierons pas que cette manière d'agir n'ait réussi dans quelques cas analogues, mais non tout à fait semblables pourtant, à celui qui fait l'objet de cette discussion. Quel est le moyen thérapeutique en général, quel qu'il soit, médical ou

(1) Scanzoni. *Op. cit.*, p. 352.

chirurgical, qui ne compte des succès? Mais que cela prouve-t-il, sinon que quelquefois (nous allions dire souvent), les malades guérissent en dépit des remèdes et des médecins; de même qu'une femme peut être délivrée quelquefois par les manœuvres les plus irrationnelles, les plus mal conduites.

A la vérité, Chailly (1) veut, dans le cas en question, si on éprouve trop de difficutés à extraire la tête avec les mains seules, en abaissant la mâchoire inférieure et tout le corps de l'enfant, que, sans perdre de temps, on relève vivement le tronc vers le ventre de la mère de façon à défléchir la tête et à dégager l'occiput le premier à la fourchette, comme dans les cas que nous examinerons ultérieurement. Cette manœuvre est-elle toujours possible? Il faut distinguer.

Faite avec les mains seules, ou avec le forceps introduit, comme nous dirons tout à l'heure dans le cas de *tête dernière défléchie, au-dessous du tronc* de l'enfant, suivant son *plan dorsal*, cette manœuvre ne peut réussir, toutes proportions normales gardées entre la tête fœtale et les parties maternelles (et elle ne réussira pas à coup sûr s'il y a quelque disproportion nécessitant précisément l'emploi du forceps), cette manœuvre ne peut réussir, disons-nous, que si la tête de l'enfant n'est pas *complètement fléchie*, et surtout si le menton n'est pas encore descendu *au-dessous du pubis*.

Vouloir faire exécuter alors à la tête du fœtus un mouvement d'extension, quand déjà elle est retenue par quelque obstacle accusant un défaut de proportion entre son volume et les organes maternels, c'est comme si on voulait, dans un accouchement par le *vertex en position occipito-postérieure secondaire* dans le petit bassin, opérer avec le forceps une *extension* telle de la tête que le menton vînt se dégager le premier sous les pubis, et donner lieu à un *accouchement par la face*. Quoi qu'en ait dit M. Guillemot, cette mutation, ce changement de *présentation crânienne* en *présentation faciale* dans l'intérieur de l'excavation, n'est pas du tout facile (si tant est qu'elle soit possible), avec un bassin normalement conformé et une tête fœtale de volume

(1) Chailly. *Op. cit.*, p. 695.

ordinaire, et encore moins quand il y a quelque disproportion entre le contenant et le contenu, pour si légère qu'elle soit. Il faudrait, en effet, pour qu'elle se réalisât, qu'à un moment donné l'*occipito-mentonnier*, qui mesure 13 centimètres et demi, vînt à passer à *travers le diamètre antéro-postérieur de l'excavation*, qui n'a que 12 centimètres sur un bassin dépourvu de parties molles, ce qui n'est pas possible, encore une fois, à terme, sans une amplitude insolite de l'excavation ou une petitesse extrême de la tête fœtale. Pour nous, nous n'avons jamais vu cette transformation de présentation se produire. Eh bien! pour le cas de *tête dernière* que nous discutons en ce moment, existe la même impossibilité. Nous avons déjà dit, en effet, et suffisamment démontré que le mécanisme de l'expulsion, dans ce dernier cas, était le même que pour une *présentation crânienne* en *position occipito-postérieure directe*.

Si au contraire, — et voici maintenant pourquoi nous disions tout à l'heure qu'il fallait distinguer, — le *menton*, quoique la position de la *tête dernière* soit *occipito-sacrée*, n'est pas encore arrivé *au-dessous du pubis*, s'il est *derrière* la symphyse, il peut être refoulé, l'extension se produire, la manœuvre conseillée par Chailly réussir, et le forceps appliqué comme le veulent Nægele et Scanzoni donner un succès prompt et complet. C'est que la paroi antérieure du bassin, ou si l'on veut la face postérieure des pubis, présente un plan légèrement incliné *d'arrière en avant et de bas en haut* sur lequel peut glisser, remonter le menton du fœtus pour se porter tout à fait en haut, *au-dessus* du niveau du bord supérieur de la symphyse, et donner lieu au cas, qui va maintenant nous occuper, de *la tête dernière défléchie* en position *occipito-sacrée*.

Comme on le voit, cette distinction de la place occupée par le menton du fœtus, *derrière* ou *dessous* la symphyse, n'est pas sans importance et mérite d'être prise en sérieuse considération. M. le professeur Pajot (1) exposant les phénomènes mécaniques du travail dans les accouchements par le siége établit très-net-

(1) Pajot. Dict. encycl. des scien. méd., art. *Accouchement* (phénomènes mécaniques), t. I, p. 400 et 401.

tement cette distinction, dont la valeur au point de vue pratique ne saurait être méconnue.

Nous ne pouvons savoir quel sera l'auteur de *l'article* FORCEPS, du *Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales*. Mais si, — et pour notre part nous le désirons de tous nos vœux, — M. le professeur Pajot voulait bien se charger de l'écrire, il est probable (serait-ce téméraire de l'affirmer?) qu'il tiendrait grand compte de tous ces détails minutieux en apparence, mais d'une utilité pratique incontestable. En parlant des anomalies du cinquième temps des accouchements par le siége, il accentue déjà leur importance quand il dit : « Elles retentissent sur la pratique des opérations et leur mécanisme doit être parfaitement connu de l'accoucheur. »

De tout ce qui précède nous pouvons conclure en terminant nos considérations sur le mode d'emploi du forceps dans les cas de *tête dernière en position occipito-sacrée*, que cet instrument, dans la plupart de ces cas, doit être appliqué, en dépit de l'opinion des accoucheurs allemands, *au-dessus* du tronc de l'enfant, sur son *plan sternal*, ainsi que le conseillent les accoucheurs français. Quant à la direction qu'il convient de donner aux tractions une fois les branches de l'instrument articulées, elle nous est indiquée par le mécanisme de l'expulsion spontanée dans les cas semblables. Reportant nos souvenirs sur ce que nous avons dit plus haut à ce sujet, nous voyons que c'est *par en bas* et *en arrière*, qu'il faut porter les manches du forceps, comme s'il s'agissait de dégager au niveau de la fourchette l'occiput de la *tête première* en *occipito-postérieure*, arrivé déjà au bord antérieur du périnée. Ainsi, à un même mécanisme d'expulsion dans les deux cas correspond un même mode d'intervention avec le forceps. Faisons remarquer cependant que dans le cas *de tête première*, avant d'abaisser les manches de l'instrument, il faut les porter un peu en haut pendant qu'on tire en avant ; mais c'est pour amener d'abord l'occiput, qui a un long espace à parcourir, au niveau du bord antérieur du périnée sur lequel doit ensuite s'opérer le dégagement par un mouvement d'extension par en bas.

b). *Tête défléchie.* — Le rapport de la *tête dernière défléchie en*

position occipito-sacrée est, pour nous, une *position mento-pubienne*; et nous faisons de cette sous-division de la position occipito-sacrée, une nouvelle grande division *C*, que nous appelons de son nom véritable *mento-pubienne*. Les développements dans lesquels nous allons entrer justifieront pleinement, nous aimons à le croire, cette manière de voir différente de celle de tous les auteurs classiques. Elle est, sans nul doute, beaucoup plus rationnelle, beaucoup plus philosophique (si on peut faire de la philosophie en obstétrique), que celle qu'on trouve exposée dans les livres. Dans l'espèce, en effet, nous pouvons constater tous les temps d'un *accouchement par la face*.

(*A suivre.*)

DU TRAITEMENT DES MALADIES DES FEMMES

PAR LES EAUX MINÉRALES (1)

Par le Dr Desnos,
Médecin de l'hôpital de la Pitié,
Ex-secrétaire et membre honoraire de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

(4e et dernier article.)

II. *Des déplacements utérins.* — Ce n'est pas ici le lieu de discuter les questions tant de fois et longuement débattues relativement aux rapports étiologiques des déplacements de la matrice avec les inflammations de cet organe, de rechercher si ces déplacements (flexions ou versions) sont toujours le résultat d'une phelgmasie préexistante, ou si cette dernière n'est que la conséquence de déviations survenues sous l'influence de causes étrangères à l'inflammation. Ce qui nous importe beaucoup plus, c'est de savoir si les déplacements exempts de toute complication inflammatoire, de tout engorgement, donnent lieu à des troubles fonctionnels notables et réclament par conséquent une intervention thérapeutique.

Nous partageons l'opinion des pathologistes qui croient à l'innocuité relative ou absolue des déplacements lorsque l'inflam-

---

(1) Voir t. I, p. 428 et t. II, p. 20 et 85.

mation leur est étrangère. Combien ne voit-on pas de femmes atteintes de ces déviations si fréquentes, l'antéflexion et l'antéversion, n'accuser aucune douleur, aucune fatigue, jusqu'au jour où sous l'influence d'une cause quelconque, d'une suite de couches, de fatigues répétées, de troubles de la menstruation. l'utérus dévié deviendra le siége d'une phlegmasie et donnera lieu à des symptômes fonctionnels d'autant plus accentués que l'augmentation de poids de l'utérus enflammé, le ramollissement phlegmasique de ses ligaments suspenseurs, tendront encore à exagérer le déplacement? Il y a cependant des exceptions à cette règle. Un déplacement de l'utérus peut être très-douloureux sans être nécessairement compliqué d'inflammation. Il en est ainsi lorsque les déviations sont très-prononcées, lorsqu'elles se sont produites brusquement, comme à la suite d'un violent effort, d'une chute d'un lieu élevé, d'une chute de cheval comme on en trouve des observations dans les travaux de médecins hydrologues. La rétroversion plus rare, d'une manière générale, que l'antéflexion et l'antéversion, devient l'espèce la plus fréquente de déviation dans les déplacements de cet ordre qu'on pourrait appeler traumatiques.

L'utilité des eaux minérales dans les déviations compliquées d'engorgements, de métrite ulcéreuse, est indiquée théoriquement, puisqu'en guérissant l'inflammation ellés les réduisent à cet état où elles cessent, d'ordinaire, d'être nuisibles pour l'organisme. Le traitement hydro-minéral a en outre l'avantage de faire disparaître l'inertie phlegmasique des ligaments suspenseurs. L'indication de ce traitement surgit encore de ce fait, qu'en dehors de lui et de certaines opérations de redressement trop souvent inutiles ou périlleuses, la médecine se trouve, dans bien des cas, réduite à une thérapeutique palliative dans laquelle les bandages jouent le rôle principal.

Les observations de la clinique thermale ont fort heureusement justifié les prévisions de la théorie.

Il est certain qu'on obtient des résultats favorables, je ne dis pas toujours des guérisons complètes, par la médication hydriatrique. Ces avantages ressortent notamment des travaux de M. Willemin. A ne considérer que le déplacement lui-même, il est indi-

qué de se servir d'eaux plus ou moins énergiques, de pratiques balnéaires puissantes, dans le double but de résoudre une inflammation rebelle et de provoquer la tonicité des fibres musculaires dont l'anatomie démontre aujourd'hui l'existence dans les ligaments suspenseurs. On s'adressera donc aux eaux *bicarbonatées sodiques* comme celles de *Vichy*. M. Willemin a publié plusieurs observations de guérison ou d'amélioration de déviations utérines obtenues dans cette station. Ou bien, on aura recours aux *bicarbonatées sodiques mixtes*, à *Ems*, à *Royat*, à *Saint-Nectaire*, à des *chlorurées sodiques moyennes ou faibles*, à celles de *Bourbonne*, de *Bourbon-l'Archambault*, de *Salins*, de *Balaruc*, de *La Motte*, de *Bourbon-Lancy*, aux *sulfureuses fortes*.

Les irrigations, les douches vaginales ou rectales, les douches hypogastriques et lombaires pourront être utiles, si on s'en sert avec précaution. Mais il arrive bien souvent que la nature de la métrite associée au déplacement ne comporte pas des médications aussi énergiques. Les eaux *indéterminées*, les *sulfureuses faibles* devront être substituées aux eaux de minéralisation plus puissante.

Dans les cas relativement peu nombreux, où il n'existe qu'un déplacement très-marqué sans complication inflammatoire, dans ceux qui sont le résultat d'un accident (chutes, efforts), les chances de succès de la médication thermale diminuent; l'élément contre lequel elle a particulièrement prise, étant absent. Cependant il ne faut pas se priver de cette ressource; car je relève des observations où son usage a été couronné de succès. C'est par l'action que les eaux exercent sur les fibres musculaires des ligaments qu'on peut expliquer leur efficacité.

III. *Phlegmasies et hémorrhagies du tissu cellulaire pelvien, du péritoine, des ovaires (phlegmons péri-utérins, pelvi-péritonites, ovarites, hématocèles péri-utérines).* — L'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, la pelvi-péritonite se confondent pour le médecin hydrologue. En effet, lorsqu'elles sont arrivées au degré de chronicité nécessaire pour que la médication thermale leur soit applicable, leur marche, leurs symptômes, les indications qui en découlent sont à peu près les

mêmes. Et sous le rapport du traitement hydriatique, non-seulement elles s'identifient l'une avec l'autre, mais encore avec la métrite. Non-seulement elles réclament les mêmes eaux, les mêmes pratiques balnéaires, mais encore elles sont la source des mêmes indications et contre-indications que la métrite. Comme celle-ci elles peuvent se compliquer d'une irritabilité locale ou générale excessive, ou au contraire, d'un état de torpeur, de prédominances symptomatiques, de diathèses qui nécessiteront des eaux de propriétés différentes. Nous n'avons donc qu'à renvoyer au traitement des diverses espèces de métrites.

Toutefois il faut noter la facilité avec laquelle, sous des influences diverses, et conséquemment sous celle de l'excitation du traitement thermal, les engorgements péri-utérins subissent des exacerbations, repassent à l'état aigu, et suppurent. Ces suppurations, dira-t-on, sont un mode de guérison, par les eaux thermales. Il en existe des exemples en hydrologie, nous l'accordons; mais on reconnaîtra aussi que cette terminaison n'est pas sans faire courir aux malades de graves dangers. Il faut, par conséquent, choisir le moment propice pour le traitement hydro-minéral et conduire celui-ci de manière à obtenir, autant que possible, la résolution sans passer par ces exacerbations qui ont en outre l'inconvénient d'entraver la cure. Donc le traitement des phlegmasies péri-utérines demande plus de précautions encore que celui de la métrite. Aussi les explorations avec le spéculum, les cautérisations de la matrice qui sont généralement inopportunes pendant la durée des phlegmons péri-utérins, le sont-elles encore davantage pendant l'action des eaux.

L'ovaire est souvent englobé dans les infarctus inflammatoires qui constituent la pelvi-péritonite ou la péri-métrite. C'est là une des formes les plus fréquentes de l'ovarite qui ne se révèle guère, en pareil cas, par des symptômes qui lui soient propres. Sa thérapeutique thermale est la même que celle de ces inflammations pelviennes, tout aussi bien que l'ovarite qui, d'après MM. Tilt, Aran, Bernutz, Siredey, Gallard, complique souvent la métrite, est justiciable de la même médication que celle qu'on applique à l'inflammation de la matrice.

D'autres fois l'ovarite se développe isolément par des circonstances diverses, et particulièrement sous l'influence de la fluxion menstruelle ; plus souvent chez des jeunes filles que chez des femmes mariées ; par l'action de toutes les causes qui peuvent exciter le système génital, comme un travail opiniâtre sur des machines à coudre à deux pédales. Des influences spécifiques peuvent aussi la produire; le rhumatisme, la variole, ainsi que j'ai pu l'observer pendant l'épidémie de 1870. Elle se révèle alors par des symptômes spéciaux, tels qu'une tumeur ovoïde, mobile dans la région de l'ovaire, accessible par la palpation méthodique de l'abdomen ou le toucher vaginal. Lorsque les symptômes aigus ont disparu, lorsqu'il ne reste plus que les signes d'une inflammation chronique de l'organe, on peut espérer la résolution de celle-ci par un traitement thermal convenablement dirigé. C'est aux *bicarbonatées sodiques* ou aux *chlorurées* qu'il faut demander l'action puissante qui est souven nécessaire pour obtenir la guérison. Mais seules les propriétés résolutives de ces eaux doivent être sollicitées. Par conséquent elles doivent être surtout appliquées en douches et en bains. Dans une affection aussi longue, aussi débilitante que l'ovarite passée à l'état chronique, il faut se garder des qualités altérantes qu'elles pourraient emprunter à leur usage interne, lorsqu'elles sont prises en trop grande quantité. Peut-être, cependant, cette considération ne suffit-elle pas pour proscrire les sources de Vichy, comme serait porté à le faire M. Gallard. C'est leur abus non leur usage qui devient nuisible en pareil cas. Cependant, lorsque la débilité et l'irritabilité sont considérables, il vaut mieux conseiller des eaux plus douces, *Plombières*, *Néris*, *Ussat*; les *sulfureuses* de *Saint-Sauveur*, des *Eaux-Chaudes*, d'*Ax*.

L'hématocèle péri-utérine ne peut nous intéresser que lorsque le sang s'est résorbé et qu'elle ne laisse plus à sa suite que quelques concrétions fibrineuses rebelles à l'absorption, et quelques produits plastiques infiltrés dans le péritoine à la suite de la péritonite circonscrite qui s'est développée autour d'elle. Son traitement thermal est alors identique à celui de la pelvi-péritonite avec toutes ses nuances.

IV. *Tumeurs fibreuses ou myômes de l'utérus.* — Lorsque les corps fibreux de l'utérus, par suite de leur évolution, ne sont point expulsés par la cavité de la matrice, quand ils continuent à s'accroître alors qu'il n'y a pas lieu de penser à employer contre eux un traitement chirurgical, il faut s'efforcer d'enrayer leur marche ascendante ou même de diminuer leur volume par un ensemble de moyens médicaux que Cruveilhier appelait le traitement atrophique des fibroïdes de l'utérus. La médication thermale est un des agents de ce traitement atrophique. Elle a pour but de favoriser la résolution des hyperplasies conjonctives qui entourent le fibrôme, d'arrêter le travail de prolifération active qui précède l'envahissement par le tissu de nouvelle formation.

Quelques pathologistes paraissent répugner à croire qu'elle puisse agir sur le néoplasme lui-même. Pour notre compte nous regarderions cette action comme tout à fait conforme aux données que fournissent sur leur évolution l'anatomie et la physiologie pathologiques des corps fibreux. On sait que sous l'influence d'un processus irritatif, leur tissu peut subir une dégénérescence régressive granulo-graisseuse, et qu'arrivé à cet état il peut être résorbé. C'est ainsi que par le fait du mouvement congestif qui s'opère vers la matrice pendant la gestation, on peut voir des fibrômes qui, après s'être quelquefois accrus pendant la grossesse, subissent après l'accouchement un travail d'absorption qui les fait disparaître ou diminue considérablement leur volume.

Des observations de cet ordre ont été mises en lumière, il y a quelques années, dans une discussion de la Société de chirurgie, soulevée par une communication de M. Guéniot. On conçoit que l'irritation des fibroïdes produite par l'action des eaux minérales amène un résultat analogue.

Le traitement thermal des myômes utérins est donc rationnel. Il ne s'ensuit pas pour cela qu'il soit couronné de succès. La clinique thermale a cependant enregistré des observations favorables. *Kreuznach* a acquis dans la thérapeutique de cette affection une réputation basée sur un certain nombre de faits favorables, mais très-certainement exagérés.

On a obtenu également de bons effets de quelques stations *d'eaux chlorurées sodiques* françaises. M. Coustalé de Larroque en a observé près de *Salies-de-Béarn*. Il cite même l'observation d'une dame dont l'état fut amélioré à Salies. Elle avait l'habitude de se rendre annuellement à Kreuznach. Elle trouva entre les précédentes cures et celle de Salies, une grande différence en faveur de cette dernière station.

Il faut des eaux à minéralisation élevée, comme les chlorurées sodiques, pour obtenir le travail résolutif des myômes. La congestion qu'elles provoquent vers l'utérus peut ramener des hémorrhagies. C'est un motif pour les manier avec prudence, mais non pour se priver de leur concours.

M. Durand-Fardel considère les eaux de *Vichy* comme moins redoutables à ce point de vue. « J'ai eu, dit-il, occasion de traiter à Vichy, soit par indication spéciale, soit accidentellement, un assez grand nombre de tumeurs fibreuses de l'utérus. A la suite de ce traitement, employé en général très-activement en bains prolongés, de plusieurs heures, en douches et à l'intérieur, j'ai vu s'effectuer plusieurs fois, en général, au bout d'un temps plus ou moins éloigné, une diminution notable de tumeurs, de grosseurs diverses, mais jamais très-considérables, ou bien un temps d'arrêt manifeste dans le développement de ces tumeurs. » Il fait remarquer, de plus, que ce traitement enrayait la disposition hémorrhagique, qu'il ne l'a jamais vu l'exaspérer sous ses yeux et qu'il a pu l'employer pendant la continuité de ces hémorragies interminables que l'on observe souvent en pareil cas ; qu'enfin la médication thermale de Vichy était en outre salutaire à l'état anémique et dyspeptique de ses malades.

Il faut se garder d'envoyer à des eaux actives, les femmes atteintes de fibrômes, lorsque la matrice, et surtout le péritoine présentent des signes actuels de travail inflammatoire.

V. *Du cancer de l'utérus et des kystes de l'ovaire.*—Il est à peine besoin de dire que malgré quelques assertions contraires, celles de feu le Dr Barrier, notamment, les eaux minérales sont complètement impuissantes contre le cancer de l'utérus Il résulte

en outre de renseignements que j'ai recueillis que lorsque, par suite des hésitations du diagnostic qu'explique parfaitement la difficulté qu'il y a quelquefois à distinguer une métrite chronique ancienne d'un cancer au début, une femme atteinte de cette dernière affection est adressée à une source thermale, l'évolution fatale de sa maladie en est accélérée si l'on ne se hâte de suspendre le traitement. Cependant, un voyage à une eau minérale peut être très-important comme effet moral, et le refus de le conseiller pourrait être considéré comme une condamnation capitale. Il faut alors que des précautions soit prises pour que la médication soit illusoire ou au moins se borne à la pratique suivante qui a des chances d'être utile :

Les recherches du professeur Simpson, de Follin, de MM. Ch. Bernard, Monod, Demarquay, ont prouvé l'efficacité des douches vaginales de gaz acide carbonique contre les douleurs du cancer de l'utérus. Lors donc qu'on sera dans la nécessité d'envoyer aux eaux une femme atteinte de cancer de la matrice, on devra l'adresser dans une des stations où les douches d'acide carbonique sont installées, à *Vichy*, à *Royat*, en recommandant l'usage à peu près exclusif de cette pratique.

L'anatomie pathologique des kystes ovariques nous enseigne, et de reste, que le traitement thermal doit être sans action sur eux. On trouve cependant quelques médecins hydrologues, rares, il faut le dire, qui préconisent les eaux minérales contre cette maladie, qui parlent de résultats favorables. Mais leurs assertions sont vagues, ne s'appuient pas sur des faits circonstanciés. Tant que des observations précises, en certain nombre, n'auront pas été publiées, nous estimons que la cure radicale des kystes de l'ovaire par les eaux minérales doit être considérée comme un leurre. Le traitement thermal ne peut être utile que comme traitement moral, ou pour combattre quelques complications des kystes; les troubles dyspeptiques qui peuvent les accompagner, ou bien ces péritonites localisées, ces inflammations circonvoisines qui se développent autour d'eux. On doit alors employer des eaux à minéralisation faible, et éviter ces procédés balnéaires énergiques, tels que douches de percussion violente dirigées sur l'abdomen sous prétexte d'obtenir

une résolution de la tumeur qui n'aura pas lieu, mais avec la chance de voir survenir des accidents inflammatoires d'une haute gravité pour le présent et pour l'avenir.

VI. *De la stérilité.* — En dehors d'un petit nombre de faits exceptionnels, nos connaissances modernes en gynécologie, ne nous permettent plus d'accepter la stérilité que comme une conséquence de lésions matérielles du système génital, ou de conditions générales de l'organisme assez nettement déterminées. Lorsque les lésions ou les troubles de l'organisme qui la produisent ne sont pas au-dessus des ressources de l'art, les moyens à l'aide desquels on peut la combattre sont donc multiples comme les causes qui peuvent l'engendrer ; ils doivent être souvent de l'ordre des pratiques chirurgicales. Donc, préconiser contre la stérilité, d'une manière absolue, telle ou telle eau minérale aussi bien que tout autre remède, comme s'il s'agissait d'une espèce morbide définie, c'est parler un langage extra-médical qu'il faut laisser à la littérature de prospectus et dont, nous sommes heureux de le dire à l'honneur de la médecine hydrologique, on ne fait plus guère usage, au moins en notre pays.

Il est à peine besoin de dire que contre la stérilité qui reconnaît pour cause des défauts de développement, des atrophies ou des dégénérescences variées des ovaires, des rétrécissements ou des obstructions des trompes d'origines diverses, des atrésies du canal cervico-utérin ou des adhérences de ses parois entre elles, la médecine thermale est absolument impuissante. Il faut pourtant faire une exception pour les cas où atrésies et obstructions de l'utérus ou des trompes sont le résultat de métrites, de salpingites, d'ovarites, de péri-métrites, de pelvi-péritonites dont la résolution peut s'effectuer sous l'influence du traitement hydro-minéral.

Chez certaines femmes la métrite entretient un état d'irritabilité de la matrice tel que, peu de jours, peu de semaines après la conception, elle se révolte, qu'on me permette cette expression, contre cette cause d'excitation nouvelle si faible qu'elle soit. La prochaine époque menstruelle est marquée par un écoulement de sang un peu plus abondant que d'habitude, peut-

être par l'expulsion de quelques caillots ; mais, les douleurs n'ont pas été baucoup plus marquées qu'aux autres époques cataméniales ; la femme continue à vaquer à ses occupations ou à ses plaisirs. Un avortement méconnu a eu lieu. Il s'en fait ainsi une série jusqu'au jour où, l'attention une fois fixée sur ces règles trop abondantes, on en détermine la signification. Ici encore, en guérissant la métrite, cause de cette irritabilité morbide de l'utérus, la médication hydro-minérale peut mettre un terme à cette suite de grossesses avortées en leur début qui ne sont qu'une manière d'être de la stérilité.

De même encore pour quelques cas de stérilité qui sont le résultat de rapports sexuels rares et incomplets par le fait d'un vaginisme qui reconnaît lui-même pour causes une métrite irritable ainsi que nous l'avons indiqué, de la vulvite, de l'inflammation et du spasme des parties constituantes de l'entrée du vagin. Des eaux thermales appropriées, presque toujours des eaux douces, peuvent faire disparaître ces inflammations avec le vaginisme qui en est la suite, et ainsi, d'une façon indirecte, mettre un terme à l'infécondité.

Au nombre des états organiques généraux auxquels se relie l'absence de conception, il faut compter la chloro-anémie ; cet état intermédiaire entre la santé et la maladie que chez l'homme on appelle en terme de recrutement faiblesse de constitution, ainsi que l'obésité.

La chloro-anémie et la faiblesse de constitution ne mettent que rarement obstacle à la conception. Nous indiquons du reste plus loin les eaux minérales dont il faut user contre la chlorose.

Tout autrement en est-il de l'obésité. C'est une loi de physiologie très-générale, bien connue des agronomes, que l'engraissement est un obstacle à l'imprégnation. L'espèce humaine n'échappe pas à cette règle. La graisse est, en effet, un produit inférieur de l'organisme. Il semble que quand il se produit en quantité anormale ou prématurément, la force plastique s'abaisse au point de ne plus créer de germes dans des conditions d'intégrité suffisante pour la fécondation. Bien que d'un traitement long, difficile et qui, trop souvent, n'est pas couronné de succès,

l'obésité est néanmoins curable. Ce n'est pas le lieu d'entrer dans les détails de la diététique et du traitement hygiénique qui doit lui être appliqué.

Il nous suffira de rappeler les eaux minérales près desquelles on entreprend la cure de l'obésité. Ce sont surtout les stations allemandes de *Driburg* (Westphalie), de *Kissingen*, d'*Ems*, celle de *Marienbad* (Bohême).

Ainsi que le fait judicieusement remarquer M. Gubler, l'action altérante ou purgative de ces eaux minérales est favorisée par une alimentation insuffisante, un exercice forcé et une sudation exagérée. Rien ne serait plus facile que d'obtenir les mêmes succès, par de semblables moyens, auprès d'un certain nombre de stations françaises pourvues d'eaux laxatives et purgatives, à *Brides*, à *Miers*, à *Vacqueyras-Montmirail ;* ou bien encore autour du massif du Mont-Dore, à *Chatelguyon*, *Saint-Maurice*, *Saint-Myon*, *Médague*, *Rouzat*, *Saint-Nectaire*. Plusieurs de ces stations, situées dans un pays agréable et pittoresque, offrent des établissements bien organisés, et une installation déjà suffisante.

M. Durand-Fardel déclare n'avoir pas obtenu de résultats du traitement de *Vichy* contre la polysarcie.

Cependant il faut reconnaître qu'on trouve quelques cas rares de stérilité qui échappent à la classification qui précède, comme s'il n'existait chez les femmes qui les présentent qu'une atonie particulière et locale du système génital, qui s'oppose à la fécondation. C'est parmi ces femmes, que de temps à autre on voit un traitement thermal reconstituant procurer une grossesse inespérée. C'est à elles que s'adresse la cure par la *bubenquelle (source aux garçons)* qui fait le fondement ou l'appoint de la réputation de tant de stations allemandes. La plus connue de ces sources merveilleuses est celle d'*Ems*. La valeur des eaux d'Ems contre la métrite qui est une des causes les plus fréquentes de la stérilité curable, la mise en scène qui accompagne l'administration de cette douche ascendante naturelle dirigée sur les parties sexuelles, ont contribué à cette célébrité qui n'est pas sans entraîner d'amères déceptions. Pour mon compte, je connais plus d'une femme que le secours de la *bubenquelle*

d'Ems n'a pas mise en possession des joies de la maternité.

Une réflexion incidente trouve ici sa place. Lorsque la stérilité afflige un ménage on est trop souvent porté à la mettre sur le compte de la femme à laquelle s'adressent les efforts d'une thérapeutique qui devient inutile, si c'est au mari qu'il faut faire remonter la responsabilité d'une union inféconde. Il est donc utile avant d'instituer un traitement, de s'assurer qu'il n'existe pas du côté du mari quelqu'une de ces causes d'impuissance ou d'infécondité que représentent l'aspermie par cryptorchidie ou par absence ou lésion des testicules, la rétention du sperme par l'oblitération des canaux déférents, par une épididymite incomplètement guérie, la spermatorrhée et ses conséquences fâcheuses pour la formation des spermatozoïdes, ainsi que pour la santé générale.

VII. *Troubles de la menstruation.* — Si nous exceptons les troubles de la menstruation liés à des lésions organiques de l'utérus ou de ses annexes, telles que les métrites, les phlegmons péri-utérins, les corps fibreux, le cancer de la matrice, les kystse de l'ovaire; ou à des états généraux de l'économie en rapport avec les différentes périodes d'évolution de l'organisme (chlorose, ménopause), affections dont la thérapeutique thermale fait l'objet de ce mémoire, si de plus nous mettons de côté les obstacles à la menstruation dus à des vices de conformation des organes génitaux (atrésies, oblitérations du canal cervico-utérin ou du vagin, imperforation de l'hymen) qui sont du domaine de la médecine opératoire, nous ne trouvons plus qu'un très-petit nombre de troubles de la fonction cataméniale dont il nous reste à nous occuper.

L'aménorrhée *torpide*, c'est-à-dire l'absence de la menstruation ou la suppression complète ou incomplète plus ou moins prolongée des règles, existe rarement par elle-même. Elle est le plus ordinairement le résultat de la chloro-anémie, de la scrofule. On la rencontre cependant chez des filles bien conformées, jouissant, d'ailleurs, d'une santé régulière. Il y a là un retard dans le développement des fonctions génitales, en rapport avec des circonstances multiples, qu'il n'est pas toujours possible de

déterminer exactement et dans lesquelles, le climat, l'éducation, les habitudes sociales des malades peuvent jouer un grand rôle.

La médication thermale peut être utile pour hâter le fonctionnement normal des organes génitaux dont le retard inquiète l'entourage des jeunes filles et peut avoir des inconvénients. La plupart des eaux minérales peuvent être mises à contribution, en pareil cas, pourvu qu'elles présentent certaines conditions d'installation, de qualités toniques et excitantes. Les *chlorurées sodiques, les sulfureuses et chlorurées sodiques mixtes* sont donc indiquées. Les *ferrugineuses* occupent une place importante dans ce traitement de l'aménorrhée torpide. Nous indiquons au paragraphe de la chlorose celles qui méritent l'attention. Il faut en excepter pourtant celles que nous indiquons dans le même chapitre comme plus spécialement affectées au traitement de la chlorose accompagnée de ménorrhagie.

En opposition avec l'aménorrhée torpide et abstraction faite de la dysménorrhée membraneuse que nous avons rattachée à la métrite, on trouve en dehors de toute lésion utérine appréciable, en dehors même de la chlorose, des cas de dysménorrhée douloureuse, d'origine congestive ou nerveuse qui réclament les eaux tempérantes et la balnéothérapie tiède prolongée. C'est aux eaux à minéralisation et à thermalité *indifférentes* d'*Aix-en-Provence*, de *Bagnères-de-Bigorre*, de *Bagnoles* (Orne) ou aux eaux plus chaudes de *Bains de Luxeuil*, *de Plombières*, de *Dax*, d'*Evaux*, de *Néris*, que le traitement pourra être institué avec le plus d'avantage.

Quant aux ménorrhagies indépendantes de lésions organiques du système utéro-ovarien, de la chlorose ou de la ménopause, elles sont rares. Ce serait aux eaux ferrugineuses alunées qu'il y aurait lieu de recourir pour les combattre. (Voyez *chlorose*.)

VIII. *De la chlorose.* — La chlorose, qu'il ne faut pas confondre avec les anémies symptomatiques, est cette anémie globulaire spontanée, sinon exclusivement, du moins plus particulièrement propre au sexe féminin, laquelle reconnaît pour principales origines, les grands changements organiques liés

aux périodes d'évolution et d'involution de l'économie, c'est-à-dire, à l'établissement de la puberté d'une part, et d'autre part à la cessation de l'activité du système génital ou à la ménopause. Nous ne nous occupons en ce moment que de la chlorose d'évolution.

Des conditions d'une importance moindre que la puberté et les troubles de la menstruation, telles que l'hérédité, l'allaitement prolongé ou répété, la séquestration, la privation d'irradiation solaire, les émotions morales vives, les passions tristes, l'onanisme, peuvent contribuer au développement de la maladie ; mais il faut reconnaître avec M. Jaccoud, qu'on la rencontre assez souvent chez des jeunes femmes et des jeunes filles qui ont un genre de vie diamétralement opposé.

Un certain nombre de chloroses sont des maladies essentiellement transitoires, qu'un traitement convenablement dirigé, guérit facilement et sans retour. Contre cette première catégorie de chloroses il peut être inutile de faire intervenir la médication thermale. Malheureusement dans un beaucoup plus grand nombre de cas, la chlorose représente une maladie opiniâtre, rebelle. quant à sa guérison radicale, à la thérapeutique la plus rationnelle, dont les atteintes, sous des influences souvent légères, se reproduisent fort avant dans la vie. C'est alors qu'on invoque le secours des eaux minérales.

Sans entrer dans les discussions théoriques qui se sont élévées sur le mode d'action du fer dans la chlorose, qu'il nous suffise d'établir l'utilité de cet agent dans cette maladie. Uni à l'ensemble des moyens hygiéniques propres à relever la plasticité de l'organisme, à la radiation solaire, à l'inhalation de l'air des montagnes, de l'air marin ou chargé d'émanations résineuses, l'usage des ferrugineux est, sans doute, un des médicaments qui sont le plus efficaces pour reconstituer, momentanément du moins, le sang dans son état normal.

Les *eaux ferrugineuses* figurent donc au premier rang de celles qui sont indiquées dans la chlorose. A l'état particulier où il se trouve dans les eaux minérales, associé dans beaucoup de sources, à des éléments qui entrent aussi dans la composition du sang, le fer semble être mieux absorbé, plus facilement to-

léré par le tube digestif, agir à doses moins élevées que les préparations martiales des officines. Il paraît, en un mot, réussir là où celles-ci ont échoué.

Les eaux ferrugineuses sont extrêmement nombreuses. Elles sont isolées, ou forment près des sources d'une autre nature, le complément d'une médication. Le fer est le principe, la caractéristique chimique de ces eaux, tout en y figurant parfois en quantités minimes qui ne se chiffrent d'ordinaire que par centigrammes ; mais il est presque toujours associé à d'autres éléments minéralisateurs parmi lesquels il convient de noter le manganèse, le sulfate d'alumine, les carbonates, le soufre, l'arsenic.

On établit une distinction importante entre les ferrugineuses carbonatées, qui sont généralement gazeuses et qu'on considère comme d'une assimilation plus facile, et les martial essulfatées, qu'en raison de l'absence de gaz carbonique on tient en moins haute estime. Cependant ces dernières répondent à des indications particulières.

Nous ne signalons que les principales sources ; la liste en est encore considérable. Beaucoup de ces eaux ne possèdent pas d'établissements et ne s'emploient que transportées. Prises de cette façon elles rendent encore de grands services.

Parmi les principales eaux transportées, citons *Orezza* (Corse), *Bussang* (Vosges), *Renlaigue*, la *Bauche* (Savoie). M. Gubler attache une grande importance aux martiales gazeuses qui émergent des flancs des volcans éteints de l'Auvergne et du Vivarais. A leur tête il place la source du *Cayla*, aussi gazeuse et plus minéralisée qu'aucune des eaux ferrugineuses étrangères ; puis viennent *Cassuéjouls*, *Arlanc*, *Prugne* et *Andabre*. Ces dernières appartiennent au département de l'Aveyron. Les établissements de *Prugne* et d'*Andabre* sont encore insuffisants.

A toutes les eaux ferrugineuses, qu'elles soient ou non chargées de gaz, M. Gubler préfère encore celles qui joignent à ces deux principes, tous les sels neutres du sérum sanguin. Ce sont les eaux de *Vic en Carladès*, ou *Vic-sur-Cère*, de *Châteauneuf*, de *Martres-de-Veyre*, de *Renlaigue*, de *Saint-Maurice*, de *Saint-Nectaire*, (*source rouge*), de *Rouzat*, de *Chatelguyon*, de *Rennes* (Aude).

Les ferrugineuses qui sont en même temps *manganésiennes* sont plus puissantes contre la chlorose que les ferrugineuses simples. Il faut donc retenir les noms des sources de *Candé* (Vienne), de *Casteljaloux* (Lot-et-Garonne), de *Cransac* (Aveyron), de *Luxeuil*, de *Provins*.

Les *sulfurées ferrugineuses* de la source de la galerie du sud à *Luchon*, celles d'*Audinac*, de *Bagnères-de-Bigorre*, l'eau martiale *arsenico-sulfureuse* de *Sylvanès* (Aveyron), l'eau de *Castera-Verduzan* (Gers), conviennent plus spécialement aux chlorotiques affectées de catarrhe bronchique simple ou suspect.

Quand la tendance aux ménorrhagies ou aux hémorrhagies par diverses voies est prédominante, il faut se servir de préférence des *sulfatées ferrugineuses* dont quelques-unes contiennent en même temps du sulfate d'alumine. Ce sont les sources ferrugineuses de *Passy*, d'*Auteuil*, de *Chemillé* (Maine et-Loire), de *Galtier*, à *Cransac*, celles de la *Dominique* et de *Saint-Louis* à *Vals*. Les eaux *bicarbonatées ferrugineuses* de *Forges* (Seine-Inférieure) renferment également une certaine proportion d'alumine.

Les stations ferrugineuses qui ont plus particulièrement la fortune d'attirer une clientèle nombreuse, sont, en France : *Luxeuil, La Malou*, que nous avons dû faire figurer déjà pour répondre à des indications différentes, dans une autre catégorie d'eaux minérales ; *Pyrmont* (Westphalie), *Swalbach* (Nassau), *Franzensbad* (Bohême) que recommandent ses bains de boues minérales ; *Saint-Moritz* (Suisse) que son altitude considérable rend intéressante dans le traitement des chloroses torpides avec aménorrhée, et enfin *Spa* (Belgique) dont les remarquables installations sont dues à notre éminent ingénieur, M. Jules François.

Malgré les bons effets qu'on obtient des eaux martiales, il ne faut pas penser cependant que la chlorose et la médication thermale ferrugineuse soient deux termes tellement connexes, qu'on ne puisse traiter la chlorose sans le concours des eaux martiales. M. Durand-Fardel, depuis longtemps déjà, s'efforce de faire prévaloir cette opinion, fondée en réalité ; qu'on pourrait seulement lui reprocher de trop accentuer. Il fait remarquer

que les eaux *sulfureuses*, celles des régions montagneuses pyrénéennes, que notamment les *sulfureuses et chlorurées sodiques mixtes* ont certainement une plus grande part au traitement de la chlorose que les *ferrugineuses*, proprement dites ; que des considérations tirées de l'hérédité, de la constitution du sujet, peuvent commander l'usage des *chlorurées sodiques* où l'on traite également avec succès beaucoup de chlorotiques, tant en France qu'en Allemagne.

Enfin les *bicarbonatées sodiques*, et particulièrement celles qui contiennent du fer comme les sources de *Mesdames*, de *Lardy*, de *Cusset* à Vichy, jouent un grand rôle dans le traitement de la chlorose et surtout de celle qui se complique de troubles de la nutrition ou d'antécédents héréditaires arthritiques.

Une observation non moins judicieuse, du même auteur, dont j'ai eu l'occasion de vérifier l'exactitude, est celle-ci : Il arrive souvent, chez les chlorotiques, que l'état d'éréthysme du système nerveux est tel qu'il ne permet pas l'usage même externe des sulfureuses, des chlorurées ou des bicarbonatées sodiques fortes ; les phénomènes gastralgiques si fréquents en pareil cas en interdisent l'usage interne. Il faut alors recourir aux eaux douces telles que *Néris*, *Ussat*, *Bains*, *Luxeuil*, *Evian* avec sa source ferrugineuse d'*Amphion*, *Bagnères-de-Bigorres*, *Bagnoles* (Orne), *Saint-Sauveur*, et aux sources faibles d'*Ax*, de *Luchon*.

IX. *De la leucorrhée.* — L'expression de leucorrhée a reçu des acceptions différentes. Quelques auteurs au nombre desquels nous trouvons Monneret, désignent sous ce nom, tous les écoulements muqueux, séreux, purulents ou puriformes, qui se font par l'orifice vulvaire. Cette manière d'envisager la question a l'inconvénient de réunir sous la même dénomination des flux d'espèces très-diverses et d'introduire dans ce chapitre de séméiologie une confusion regrettable. Si nous l'acceptions, nous serions d'ailleurs fondé à faire remarquer, que le plus grand nombre de ces écoulements reconnaît pour origine, soit des vaginites pour lesquelles on n'envoie guère des malades aux eaux minérales, soit des métrites dont ils sont un des symptômes importants et dont leur présence ne modifie pas sensi-

blement le traitement hydro-thermal. Notre tâche serait ainsi fort abrégée.

Mais pour d'autres pathologistes, qui nous paraissent avoir mieux apprécié la réalité des choses, on doit étudier à part, sous le nom de leucorrhée ou de flueurs blanches, des hypercrinies utérines, vaginales ou utéro-vaginales étrangères à un état inflammatoire nettement accusé. Nous n'entendons pas dire que ces hypersécrétions soient exemptes de tout travail irritatif; il est même à propos de faire observer que les femmes qui en sont atteintes présentent une prédisposition formelle aux phlegmasies caractérisées de l'utérus ou du vagin. Ce que nous voulons dire, c'est qu'elles ne s'accompagnent pas de symptômes fonctionnels, non plus que de signes objectifs appréciables de l'inflammation. Cette remarque a son importance au point de vue des médications hydriatriques qui peuvent être mises en œuvre contre la leucorrhée, laquelle, entendue de la façon que nous indiquons, peut être utilement modifiée par le traitement thermal, soit que celui-ci s'adresse au symptôme lui-même, soit qu'il le combatte indirectement en s'attaquant aux causes qui l'engendrent.

Le flux leucorrhéique vient de la matrice ou du vagin, ou des deux en même temps. Le flux utérin est visqueux, filant, ressemblant à de la glaire d'œuf, transparent ou légèrement opalin, parfois même strié de filets jaunâtres constitués par des accumulations de leucocytes. Il contient de l'eau, de la mucine, des fragments d'épithélium et des sels alcalins. Il est neutre ou alcalin lorsqu'il est frais.

L'écoulement séro-muqueux du vagin est plus fluide, lactescent, quelquefois assez abondant, acide, comme l'a démontré M. Gubler.

Les femmes qui présentent de la leucorrhée sont portées à lui attribuer toutes les incommodités qu'elles ressentent. La vérité est que la leucorrhée n'est souvent elle-même que le résultat de troubles très-variés et plus ou moins intenses de la santé, sur lesquels les flueurs blanches retentissent à leur tour. Les malades sont alors enfermées dans un cercle vicieux qui peut être difficile à rompre. Il faut reconnaître cependant

que la leucorrhée, par elle-même, produit quelques accidents parmi lesquels des troubles du tube digestif, des sensations de fatigue, des érythèmes de la vulve, de l'anus, de la partie supérieure des cuisses occupent le premier rang. Elle peut de plus avoir l'inconvénient de diminuer chez les hommes l'attrait pour les femmes qui en sont affectées, et d'émousser même chez celles-ci le sens génital. Il est donc nécessaire de traiter cette infirmité assez rebelle, du reste, à la thérapeutique.

Les principales causes de la leucorrhée sont en premier lieu la chloro-anémie, les troubles dyspeptiques, qu'ils se relient ou non à une dyscrasie, toutes les causes de débilitation de l'organisme, les cachexies diverses, et surtout la diathèse scrofuleuse, la diathèse rhumatismale et plus encore l'herpétisme.

Cette étiologie pose les principales indications du traitement thermal. Dans les cas où la chlorose est l'unique ou la première cause des flueurs blanches, on aura recours aux différentes eaux et particulièrement aux eaux *ferrugineuses* que nous conseillons au paragraphe de la *chlorose*. Lorsqu'une dyspepsie primitive tient évidemment la leucorrhée sous sa dépendance, on n'aura guère de chances d'en triompher que par un séjour dans une des stations affectées au traitement de la dyspepsie, stations différentes, d'ailleurs, selon l'espèce de dyspepsie à laquelle on a affaire.

Les leucorrhées diathésiques sont justiciables du traitement thermal de la diathèse dont elles relèvent. Ainsi les leucorrhées lymphatiques ou scrofuleuses réclament les *chlorurées sodiques ou les sulfureuses;* les leucorrhées dartreuses, les *sulfureuses* ou les *sulfureuses et chlorurées sodiques mixtes*, en tenant compte, bien entendu, des susceptibilités individuelles, des combinaisons des diathèses entre elles.

Ici, comme presque toujours dans le traitement des maladies des femmes, la balnéation occupe la première place. Cependant en raison de l'indication de modifier topiquement les surfaces hypercriniques, les différents procédés d'irrigations acquièrent une certaine prépondérance. On est porté à être d'autant plus hardi dans leur emploi que l'élément inflammatoire est absent. Rappelons pourtant que la leucorrhée est une prédisposition

aux phlegmasies génitales, et on comprendra comment on est souvent obligé de s'en tenir aux simples injections d'eau minérales faites avec les précautions que nous avons indiquées. M. Gubler a insisté sur l'avantage que présentent ces injections ou irrigations de nettoyer parfaitement les surfaces, de neutraliser l'acidité du liquide uréthro-vaginal, de faire périr les organismes inférieurs si abondants et si variés qui pullulent dans ce produit de sécrétion et jouent, d'après lui, le rôle de ferments pour transformer le mucus alcalin de la cavité utérine en pus vaginal acide. Or, il a établi que les effets antifermentescibles et antizymotiques sont le privilége des eaux *sulfurées bitumineuses*, spécialement de celles qui sont *dégénérées* et qui renferment des sulfites et des hyposulfites alcalins. Aussi, quand la leucorrhée constitue à peu près l'unique trouble fonctionnel contre lequel il s'agit de diriger le traitement hydrominéral, et n'est primée par aucune indication causale, il peut être trés-avantageux d'employer les eaux sulfo-bitumineuses d'*Euzet* (Gard), et de *Saint-Boës* (Basses-Pyrénées).

La leucorrhée des petites filles est presque toujours le résultat d'une vulvite provoquée parfois par un défaut de soins suffisants, entretenue par un état diathésique, le lymphatisme ou la scrofule. Les *sulfureuses* sont alors indiquées, les *sulfureuses* et *chlorurées sodiques* d'*Uriage* sont particulièrement applicables.

X. *De la ménopause.* — L'époque à laquelle cesse l'ovulation (*ménopause*, *âge critique* ou *âge de retour*) se passe parfois sans orages. Les règles cessent de venir, rien de plus; la santé n'a pas été troublée; tout au plus y a-t-il eu quelques irrégularités dans l'apparition ou l'abondance du flux menstruel.

Plus souvent, il se produit à cette période d'involution une série de phénomènes qui rappellent ceux de la chlorose de la puberté, et dont, pour cette raison, on peut désigner l'ensemble sous le nom de *chlorose d'involution*. Les principaux sont ces troubles vagues du système nerveux qu'on appelle nervosisme, état nerveux, névralgie protéiforme, soit qu'ils apparaissent alors pour la première fois, soit qu'ils alternent, depuis un certain temps, avec les névroses franches qui tendent à disparaître

à cette époque, et prennent leur place. Sur la même ligne nous trouvons les troubles dyspeptiques et enfin ceux de la circulation utérine ou générale (métrorrhagies, congestions transitoires, bouffées de chaleur vers la face, céphalalgie). C'est de cette série d'accidents que doivent être tirées les principales indications de la thérapeutique hydro-minérale. Car nous laissons de côté le traitement de l'acné rosacea ou couperose qui a certainement des rapports étiologiques fréquents avec la ménopause, mais qui cependant n'est exclusivement propre ni à la femme, ni à cette période de son existence, et dont la thérapeutique nous entraînerait à des considérations trop étendues sur le traitement de l'acné.

Or, ces trois groupes de phénomènes : nervosisme, dyspepsie, métrorrhagie, répondent à des indications qui tantôt peuvent se confondre, qui d'autres fois restent distinctes ; c'est ainsi que souvent on les voit disparaître simultanément par l'usage d'eaux tempérantes *indéterminées* (*Néris, Plombières, Wildbad, Ussat, Bagnères-de-Bigorre*), ou de *bicarbonatées sodiques mixtes* (*Ems, Royat*), de *bicarbonatées sodiques* comme *Vichy*, de *sulfureuses* faibles ou dégénérées (*Saint-Sauveur, Molitg,* les *Eaux chaudes*). Dans d'autres cas, la prédominance de la chlorose, et des hémorrhagies utérines, doit être traitée par les *ferrugineuses sulfatées* que nous avons indiquées en cas semblables pour les chloroses de la puberté.

La dyspepsie peut devenir assez importante pour nécessiter l'emploi des eaux particulièrement appropriées aux différentes formes de souffrances du tube digestif, et que nous avons énumérées en parlant de la métrite compliquée de dyspepsie.

Enfin il faut tenir compte, au point de vue des pratiques hydriatriques, de la tendance aux congestions plus ou moins accusées vers tels ou tels organes. C'est ainsi que les douches révulsives sur les membres inférieurs seraient formellement indiquées chez les femmes disposées aux mouvements conjestifs vers la tête, vers les organes respiratoires, en prenant soin toutefois de ne pas provoquer de métrorrhagies qui se produisent si facilement à cette époque de la vie, et qui exigent, au contraire, l'intervention de procédés hydrobalnéaires propres à

appeler le sang vers les parties supérieures. C'est là un point de pratique thermale souvent fort délicat, et qui exige la plus grande prudence.

DE L'IMPERFORATION DE L'HYMEN

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes)

A M. le Dr Leblond, rédacteur en chef des *Annales de gynécologie*.

A l'intention des *Annales de gynécologie*, j'avais rédigé un travail sur cette anomalie, lorsque la publication d'une Revue sur ce sujet est venue juste à point en arrêter l'envoi. Naturellement, le manuscrit a été relégué dans mes cartons, mais après avoir pris connaissance de l'article du docteur Gillette, j'ai pensé qu'il y aurait encore utilité à résumer mes recherches sur la matière. Ce sera l'objet de la présente lettre, qui, s'appuyant d'une part sur les 150 observations consignées dans mon ouvrage sur l'*Atrésie*, et de l'autre sur celles qui ont été publiées depuis, me permet d'envisager la question sous toutes ses faces.

L'imperforation de l'hymen n'est point un phénomène aussi rare qu'on le croit généralement. A l'occasion de mes recherches statistiques sur la fréquence des anomalies, *quatre* exemples en ont été relevés sur deux cent mille naissances, ce qui fait à peu près un cas pour vingt-cinq mille naissances féminines. Quelque restreint que soit le chiffre sur lequel a été établie cette proportion, elle a de sérieuses vraisemblances, car, depuis l'apparition de mon ouvrage, quelques confrères, soit de Nîmes, soit du département, m'ont communiqué des observations de ce genre. En conséquence, si l'on tient compte de leur nombre et du chiffre de la natalité, on sera porté à abaisser cette proportion plutôt qu'à l'augmenter.

Quoi qu'il en soit, une fois guérie, ce qui est le cas le plus commun, cette anomalie n'a jamais été transmise par la mère a ses enfants; je n'en connais du moins pas un seul exemple.

Par contre, l'influence de la consanguinité semble bien établie. Madge (*Trans. of the obs. Soc. London*, t. XI, p. 213) a observé, dans une famille, quatre filles atteintes de cette anomalie, alors que les deux garçons étaient affectés de phimosis. De son côté, le Dr Yates (*The Lancet*, 11 juin 1870) a opéré une fille de 18 ans, dont la sœur, jamais réglée, avait eu à 20 ans un développement du ventre tellement prononcé, qu'on avait soupçonné une grossesse. Soignée par un ignare charlatan, elle était morte brusquement par le fait d'une péritonite, amenée par le passage du sang menstruel de la cavité utérine dans la cavité péritonéale. Mais le curieux de l'histoire, est que peu de temps après, la femme du frère de l'opérée lui amenait ses deux petites filles qui offraient la même anomalie. Est-ce là un véritable exemple d'hérédité, est-ce plutôt une simple coïncidence, j'incline, je l'avoue, vers la dernière manière de voir.

L'existence de l'imperforation, sans inconvénient pendant l'enfance, — il y a à peine une dizaine de cas dans lesquels elle a attiré l'attention, — acquiert une importance capitale après l'instauration des règles. Les accidents qui surviennent alors, tiennent au défaut d'excrétion du sang menstruel, et, sauf quelques individualités à sensibilité obtuse, sont assez exactement subordonnés à la quantité de liquide exhalé chaque mois par la muqueuse de l'utérus. Cette quantité se trouvant être essentiellement variable, suivant les sujets et les constitutions, il en résulte des nuances infinies et une marche plus ou moins rapide de la tumeur vaginale et hypogastrique. Le mouvement ascensionnel peut être tantôt lent, tantôt rapide, tantôt lent au début, et rapide plus tard.

A côté de ce fait de physiologie pathologique, s'en place un autre non moins intéressant, mais plus difficile à expliquer quoiqu'il soit du même ordre ; c'est que le liquide extrait après l'opération est en raison inverse du temps écoulé. Le tableau suivant établi sur le dépouillement des observations, donnant avec le nombre exact des périodes menstruelles le poids précis du liquide recueilli, fait ressortir des différences assez considérables qui méritent à tous égards un sérieux examen.

Variations de la quantité mensuelle du sang suivant l'époque de l'opération.

Époque de l'opération.	Maximum mensuel.	Minimum mensuel.	Moyenne mensuelle.
D'un à douze mois......	375 grammes.	118 grammes.	190 grammes.
De treize à vingt-quatre.	250 —	41 —	120 —
De vingt-cinq et au delà.	138 —	15 —	51 —

La comparaison de ces moyennes fournit des enseignements de toutes sortes. En même temps que ce relevé établit la quantité mensuelle de sang qui peut être considérée comme normale en ce qui concerne la première année, il met en évidence la diminution progressive de cette quantité dans les années suivantes. Néanmoins, il laisse dans l'ignorance la plus complète à l'égard de l'explication qui peut être donnée du fait. Est-ce une marque qu'avec le temps, une partie du liquide placé au-dessus de l'obstacle peut être résorbée, ou bien est-ce un indice d'une diminution graduelle de l'hémorrhagie utérine, les deux opinions peuvent être soutenues à la rigueur, bien que la première paraisse la plus vraisemblable.

Ce tableau est établi sur le dépouillement de 50 observations : les autres ont dû être éloignées, soit parce qu'elles taisent le nombre des époques menstruelles, soit parce qu'elles jugent d'une façon approximative les quantités recueillies, soit enfin parce que les sujets étaient chlorotiques ou avaient présenté des hémorrhagies supplémentaires. Dans ce dernier cas qui est le plus rare, l'opération, quelque tardive qu'elle ait été, donne une quantité insignifiante de rétentum, et parfois même un peu de mucus seulement.

En ce qui concerne la symptomatologie, j'ai à relever un exemple de connexion entre l'épilepsie et la rétention. Il s'agit d'une fille de 16 ans, qui, six mois après le début des accidents, fut traitée par les emménagogues. A la suite de leur emploi, les accidents s'accrurent et s'accompagnèrent d'accès d'épilepsie.

Avec l'opération disparurent l'une et l'autre maladie, et depuis quatre ans, l'épilepsie n'a point reparu (*Arch. f. Gyn.*, t. VI, p. 532).

Abandonnée à elle-même, la rétention des menstrues compte plusieurs modes de terminaison, dépendant tantôt de la cessation momentanée ou définitive de l'hémorrhagie, ce qui est, pour le dire en passant, une circonstance tout à fait exceptionnelle, tantôt de la rupture spontanée ou accidentelle de l'obstacle, tantôt du reflux du liquide par les trompes de Fallope dans la cavité péritonéale. S'il est désirable de les éviter tous par une intervention opportune, il est juste de reconnaître, que, nonobstant les progrès réalisés, cet idéal n'est point encore prêt d'être atteint.

A s'en rapporter à Henry Thompson (*The Lancet*, 3 august 1872), cette énumération serait incomplète, et il faudrait encore ajouter la phthisie comme conséquence possible. Ayant trouvé à l'autopsie d'une fille de 15 ans, d'une part 25 à 30 onces d'un liquide noir et grumeux, retenu, dans le vagin distendu, par l'hymen imperforé, et de l'autre une tuberculose miliaire généralisée, il en a conclu que la seconde maladie avait été provoquée par la première. C'est là assurément une accusation tout à fait gratuite, et qui ne saurait trouver le moindre crédit.

Le passage du sang de l'utérus dans les trompes est ici beaucoup plus rarement observé que dans les autres espèces. Sur les 220 observations bases de cette lettre, il y en a quatre exemples seulement, alors que j'en ai relevé cinq fois plus sur les 300 cas relatifs à l'atrésie accidentelle ou congénitale du vagin et du col de l'utérus. Les raisons de cette différence sont trop faciles à saisir pour qu'il y ait lieu de les développer longuement : il suffira d'indiquer la position plus basse de l'obstacle, la laxité plus grande de l'organe, et par suite la possibilité de loger une plus grande quantité de rétentum. Ces considérations, jointes à celles tirées de la facilité du diagnostic et de l'opportunité de l'opération, expliquent la rareté de cette terminaison, et en même temps l'excellence relative des résultats.

D'autres fois, le sang chassé avec violence par les contractions de l'utérus, finit par faire céder l'obstacle alors qu'il est mince.

Dans 8 cas (Bloch, Zannini, etc., etc.), la guérison fut ainsi obtenue, alors que, dans un consigné dans l'ouvrage de Marion Sims, il survint à la suite une fièvre inflammatoire et une mort rapide (p. 385 de la traduction française). Dans un autre, observé par M. Corporandy (*Gaz. méd. de Lyon*, 1863, p. 366), l'imperforation se reproduisit à la suite de la rupture, et nécessita l'opération. Enfin dans un dernier, dû à M. Bourdel, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (*Mém. de méd. chir. et d'accouchements;* Montpellier, 1859, p. 142), la rupture se produisit à la suite d'une chute et amena la guérison.

Que l'imperforation ait été constatée pendant l'enfance, ou postérieurement à la puberté, l'indication reste la même ; il faut détruire l'obstacle, c'est-à-dire rendre à l'hymen son ouverture naturelle. Si, pendant l'enfance, on peut choisir son moment, tant les accidents sont insignifiants ou même nuls ; après l'instauration des règles, le plus tôt sera le mieux, à raison des dangers amenés par l'ancienneté et l'accumulation plus considérable du rétentum.

Le véritable moment de prédilection est immédiatement après la crise menstruelle ; le meilleur procédé est celui qui, en donnant une ouverture suffisante, et en mettant à l'abri d'une récidive, permet de régler l'écoulement, et laisse toute latitude aux cavités pour revenir sur elles-mêmes. En vue de vider celles-ci et de les débarrasser plus vite, il faut s'abstenir de presser sur l'hypogastre, et en vue de prévenir des complications, condamner l'opérée à un repos absolu et à une diète sévère.

Ces précautions, et j'en passe, pourront paraître à certains exagérées ; elles sont cependant parfaitement rationnelles, car, si l'opération est insignifiante par elle-même, elle a parfois des suites d'une extrême gravité. On a vu la fièvre s'allumer, l'écoulement devenir fétide et amener la pyémie (Denman), on a observé plus souvent des métrites tenaces, et même des péritonites mortelles. Ashwell, F. G*** (*Abeille médicale*, 1849, p. 47). Gayet (*Gaz. méd. de Lyon*, 1868, p. 350), ont perdu de ce fait eur opérée au troisième jour. C.-J.-M. Langenbeck a vu succomber une fille de 16 ans au cinquième jour, Textor au sixième, enfin Hutchinson a eu ce malheur au vingt-quatrième

Bref, élagation faite de 4 cas de mort attribuables au passage du rétentum de l'utérus dans les trompes, on a, sur un total de 200 opérations, 8 décès amenés par la pyémie et surtout par la péritonite.

Ces revers sont, à mon sens, encore trop considérables pour être satisfaisants, et comme leur cause ne réside point dans l'opération, qui est insignifiante, mais bien dans le retard apporté à l'évacuation du rétentum qui est toujours trop grand, ils deviendront à l'avenir de plus en plus clair-semés. Cette espérance n'est nullement chimérique, et ma conviction à cet égard se fonde sur un fait statistique, c'est que toutes les opérations effectuées dans le cours de la première année n'ont pas donné un seul revers. En sera-t-il de même à l'avenir? Je le crois, car cette série de succès n'est point le fait du hasard, mais est la conséquence de la manière d'être des parties, c'est-à-dire de la localisation du rétentum dans la cavité vaginale. Il y a donc de fortes raisons de le penser, au fur et à mesure que les signes caractéristiques de cette affection seront mieux connus, que les hésitations et les tâtonnements cesseront, au grand avantage de la malade et du médecin, que le traitement sera institué de meilleure heure, et entouré de toutes les précautions nécessaires, les dangers de l'imperforation hyménéale diminueront, si même ils ne disparaissent pas complètement, et l'opération, effectuée dès le début des accidents, offrira toutes chances pour la réussite.

Pardonnez-moi, mon cher confrère, l'étendue de cette lettre, et continuez à me croire votre tout dévoué collaborateur. A. P.

DE L'ÉCLAMPSIE.

CONDUITE A TENIR QUAND LE COL N'EST NI DILATÉ, NI DILATABLE.

Par le Dr Lizé,
Ex-chirurgien en chef de la Maternité du Mans.

L'éclampsie est une maladie redoutable qui, après la rupture de la matrice, constitue un des accidents les plus graves qui puissent atteindre la femme pendant la grossesse ou au milieu du travail de l'accouchement. Mon intention n'est point d'étu-

dier un sujet aussi compliqué ; je veux simplement dire un mot du traitement de cette affection ou plutôt de ce symptôme qui se lie soit à une névrose, soit à une lésion des reins, soit à une altération mal définie du sang. Seulement, avant d'effleurer ce chapitre de thérapeutique, il est nécessaire de faire observer que dans l'éclampsie urémique ou toxique, l'art est presque totalement désarmé, tandis que dans l'éclampsie non toxique le traitement médical basé sur l'emploi du choral, du bromure de potassium ou de la morphine, réussit assez souvent, et, quand il échoue, l'évacuation prématurée de l'utérus est une ressource ultime qui peut être couronnée de succès.

Qu'il me soit permis de parler brièvement de ce traitement tout chirurgical qui m'a donné un résultat satisfaisant dans un cas d'éclampsie où il n'y avait pas d'urinémie, mais qui était caractérisé surtout par la présence de l'albumine dans les urines.

Ce dernier traitement est soumis aux deux conditions suivantes : 1° *Le col de l'utérus est dilaté ou dilatable;* 2° *Le col n'est ni dilaté, ni dilatable.*

Dans le premier cas, l'accouchement peut être abandonné aux seuls efforts de la nature, mais souvent il sera nécessaire de recourir au forceps ou à la version. P. Dubois regardait comme avantageuse pour la mère et l'enfant l'action de vider la matrice, quand on peut le faire sans violence. C'est une règle sage qui est suivie par la plupart des accoucheurs.

Mais si le col utérin n'est ni dilaté ni dilatable, quelle conduite devra-t-on tenir?

Les avis sont partagés : *adhuc sub judice*. P. Dubois conseille de n'employer que le traitement médical, en s'abstenant de toute manœuvre propre à vider l'utérus, tant qu'il ne vient pas naturellement du côté de cet organe, telle ou telle condition susceptible de rendre l'expulsion du produit facile et inoffensive. Un autre accoucheur dont l'autorité fait loi, M. le Dr Bailly, distingue certains cas où il faut opérer l'extraction hâtive du fœtus. A ses yeux, l'introduction de la main ou d'un instrument dans l'utérus n'augmente peut-être pas autant qu'on le suppose le nombre et la force des accès éclamptiques

et enfin le péril que ceux-ci font courir à la mère en même temps qu'à l'enfant. Par conséquent, lorsque le traitement médical est demeuré stérile, si après quelques heures on ne voit pas surgir des contractions régulières de la matrice, il prescrit formellement de provoquer le travail et de désemplir au plus vite la cavité utérine. Pour obtenir ce but, les moyens usités sont : l'*accouchement forcé* d'une part, et l'*accouchement provoqué* d'autre part. La manœuvre qui consiste à engager de vive force les doigts et la main dans l'utérus, forme un des côtés blâmables de l'accouchement forcé. En effet, cette pratique violente est bien capable de susciter de nouvelles convulsions éclamptiques. Au contraire, à l'exemple de Velpeau, Cazeaux, Jacquemier, il est permis de faire de petites incisions sur le col, et quand celui-ci est déjà effacé, il est aussi permis d'agrandir son orifice par l'introduction lente et ménagée de la main.

Enfin, après l'emploi du traitement médical, si le travail ne se manifeste point, si l'état de la femme est aggravé, on peut également recourir à l'accouchement provoqué, en d'autres termes, on peut faire naître des contractions utérines au moyen de l'éponge préparée, des tiges de laminaria, des douches de Kiwisch et surtout du dilatateur utérin. Une fois que le col a reçu la première impulsion, il éprouve assez rapidement les modifications qui tendent à l'effacer et à l'ouvrir.

L'emploi de la dilatation du col utérin faite progressivement m'a réussi dans un cas d'éclampsie au 8e mois de la grossesse, alors que le col n'était ni dilaté. ni dilatable ; aussi, je crois utile de ne pas mettre ce fait en oubli.

OBSERVATION. — **Eclampsie au huitième mois de la grossesse, traitée par l'emploi combiné du chloral, des injections hypodermiques de morphine et de la dilatation progressive du col utérin.**

Le 12 avril dernier, à 2 heures du soir, je fus appelé dans la commune de Ponlieue, près de Madame S...., primipare, âgée de 22 ans, et parvenue au terme de huit mois d'une grossesse régulière. Cette femme bien constituée, blonde et d'un tempérament lymphatico-nerveux, présentait une grande infiltration des extrémités inférieures seulement, à l'exclusion de la face, des mains et des bras. Une quan-

tité notable d'albumine s'observait dans les urines, mais la proportion normale d'urée n'y avait pas sensiblement varié, l'exsudation séreuse empêchant l'urée de s'accumuler dans le sang.

A dix heures du matin, le même jour, elle fut prise d'une première attaque d'éclampsie épileptiforme, et les accès se succédèrent de vingt minutes en vingt minutes jusqu'à deux heures de l'après-midi, moment auquel je fus appelé près d'elle. Je fus alors témoin d'un accès très-intense qui se prolongea environ deux minutes, avec raptus violent du sang vers le cerveau et abolition complète des facultés intellectuelles et sensoriales. L'accès passé, la malade retomba dans l'état comateux accompagné de ronflement apoplectique ; à gauche

et en bas, les battements du cœur fœtal s'entendaient très-distinctement, avec rhythme normal; le toucher fit reconnaître un col mou, encore un peu allongé et complètement fermé. J'étais donc en présence d'une éclampsie à huit mois de grossesse, sans aucun indice de travail. Un traitement énergique fut aussitôt administré dans une situation aussi grave. Comme les saignées ne m'avaient jamais réussi dans la pratique nosocomiale et civile, j'eus recours à l'emploi

du chloral hydraté qui a fourni d'excellents résultats à plusieurs accoucheurs expérimentés.

A deux heures et demie, après avoir nettoyé l'intestin avec un grand lavement, je donnai moi-même un lavement de 100 grammes d'eau et de 2 grammes de chloral hydraté ; puis, à l'exemple du Dr Coudereau, j'injectai en même temps 2 centigrammes d'hydro-chlorate de morphine par la méthode sous-cutanée. Au bout de dix minutes, le sommeil perdit son caractère stertoreux et devint absolument calme. J'en profitai pour introduire un spéculum trivalve dans le vagin et avec la tenette à gouttière de Desgranges (de Lyon), je fis pénétrer lentement dans la cavité du col utérin une pince longue de 75mm environ, à branches croisées et fortement trempées, droites au lieu d'être recourbées, et privées à leurs extrémités de pointes et de dents, ce qui différencie cette pince de la pince vaginale de Desgranges, dont elle offre le même mécanisme (*Voyez la figure ci-contre*). En rapprochant graduellement les branches de la tenette à gouttière, j'opérai un écartement progressif des branches croisées de la pince dilatatrice logée dans le col utérin, et lorsque j'arrivai au dernier degré de leur écartement, je maintins ainsi les deux instruments en place d'une manière fixe pendant un quart d'heure, moment auquel je fus obligé de tout suspendre, parce qu'une nouvelle attaque éclamptique survint, mais moins violente que les autres. Un second lavement avec 4 gr. de chloral hydraté dans 100 grammes d'eau et une autre injection hypodermique avec 3 centigr. d'hydro-chlorate de morphine sont simultanément administrés à la patiente qui ne tarde pas à reprendre son calme. A ce moment, le toucher apprend que l'orifice du col qui était fermé, est devenu large comme une pièce de 2 francs ; évidemment la pince engagée dans sa cavité a produit ce résultat avantageux par l'écartement graduel de ses branches qui ont pressé sur la paroi du col avec une force centrifuge de plus en plus grande. Introduction nouvelle de la pince dans la cavité utérine jusqu'au-dessus de l'orifice interne et dilatation progressive de l'instrument comme la première fois, pendant vingt minutes environ. Ecoulement du liquide amniotique qui tient du méconium en suspension ; plus de battements du cœur fœtal à l'auscultation. A quatre heures dix minutes du soir, légère attaque d'éclampsie manifestée seulement par quelques contractions musculaires de la face, sans convulsions toniques ou cloniques. Lavement avec 2 grammes de chloral seulement, sans injection morphinée. Le col est presque effacé et large au point de recevoir aisément l'index et une pince à polypes. Entre mes mains, comme entre celles de M. Kœberlé, cet instrument achève rapidement la dilatation déjà très-avancée du col. Enfin, vers cinq heures moins un quart, l'irritation vivement communiquée à cet appendice, réagit sur les fibres du corps de l'utérus, et détermine des contractions qui deviennent régulières et continues.

A cinq heures et demie, une grimace de la face annonce le retour d'une attaque d'éclampsie qui disparaît d'elle-même, sans avoir recours au chloral. Le col presque entièrement effacé, mou, dilatable, peut recevoir un, deux, puis trois doigts de la main; enfin, à six heures moins un quart, une application de forceps (procédé Félix Hatin) termine péniblement l'accouchement. Un enfant du sexe féminin, vient au monde pâle, ne respirant point; la titillation des narines, la flagellation, l'insufflation, les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement des bras, les bains chauds, rien ne peut le ramener à la vie.

Quelques minutes après l'accouchement, je délivrai la femme sans difficultés. Elle n'eut désormais aucune attaque éclamptique et les suites de couches furent très-heureuses.

Réflexions. — Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. D'abord, il est manifeste qu'il s'agit ici d'une éclampsie non toxique, ainsi que le démontrent l'état normal de l'urée dans les urines de la patiente et la simple infiltration des extrémités inférieures, à l'exclusion de la partie supérieure du corps qui est souvent œdématiée dans l'éclampsie urémique. Dans cette variété d'éclampsie non toxique, le traitement médical et le traitement chirurgical judicieusement combinés pouvaient donc amener des résultats avantageux. Relativement aux saignées, elles ont été tout d'abord mises de côté parce qu'une longue pratique m'a positivement démontré qu'elles augmentent l'hydrémie, n'améliorent pas les crises nerveuses, favorisent la pyémie pendant les couches, et enfin qu'elles rendent la convalescence très-longue. A l'exemple de quelques praticiens distingués, j'eus donc immédiatement recours au chloral et aux injections hypodermiques de morphine. Ces deux agents, employés simultanément, eurent pour but, en diminuant le plus possible la sensibilité réflexe, d'amoindrir les aproxysmes et finalement de gagner du temps, afin d'arriver à la dilatation prompte du col par l'introduction successive du dilatateur. Me rappelant la dilatation rapide et extrême du canal de l'urèthre si heureusement effectuée par le professeur Simonin (de Nancy) et mon excellent ami Reliquet, j'ai pensé que cette méthode pouvait aussi s'appliquer au col de l'utérus et je l'ai préférée à la dilatation lente au moyen des éponges préparées, des tiges de laminaria, des douches de Kiwisch et

même de la vessie de caoutchouc qui a donné dernièrement de si beaux résultats à M. le Dr Charrier, dans un cas d'éclampsie à 8 mois et demi de grossesse. D'un autre côté, au lieu d'engager dans le col utérin des sondes graduellement plus grosses, comme le fait M. Kœberlé, j'ai donné la préférence à la pince vaginale de Desgranges (de Lyon), après lui avoir fait subir les modifications sus-indiquées. En effet, il était facile de glisser dans l'orifice externe du col l'extrémité mousse et effilée de la pince, et en produisant graduellement l'écartement des branches croisées, je pouvais élargir proportionnellement la cavité cervicale de manière à faire cheminer plus haut l'instrument dilatateur, précieux avantage qui était obtenu plus vite et plus aisément qu'avec une série de sondes de divers calibres et mises à des intervalles répétés. J'ai terminé comme Kœberlé par l'application d'une longue pince à polypes, parce qu'elle fournissait un degré d'écartement plus grand que la pince modifiée de Desgranges. En effet, grâce à cet écartement, la dilatation déjà très-avancée, put s'achever en un instant.

Assurément, je n'ai pas la prétention de considérer comme une invention l'instrument que j'ai employé pour dilater un col utérin fermé; j'avais tout simplement sous la main les pinces vaginales de Desgranges que j'avais utilisées autrefois pour rétrécir la partie supérieure du vagin dans le prolapsus de la matrice, je les ai mises à profit dans la circonstance présente, en faisant éprouver à l'une d'elles les changements en question. Reste à savoir si tout cet appareil instrumental doit être préféré à ceux qui sont déjà connus, à l'espèce de spéculum dilatateur du Dr Ellenger, par exemple, qui a été construit sur le modèle des instruments de Perrère et de Holt, usités pour la dilatation de l'urèthre. Comme je n'ai employé ce manuel opératoire que dans le cas actuel, je ne puis m'expliquer sur sa valeur définitive; seulement il est permis d'avancer qu'il peut rendre quelques services quand il s'agit de dilater promptement le col utérin dans les occasions qui l'exigent.

REVUE GÉNERALE.

DES RÉTRÉCISSEMENTS DU BASSIN.

La littérature médicale s'est enrichie, depuis quelques mois, d'un nombre assez considérable de travaux sur les rétrécissements du bassin (1).

La plus importante de ces publications est, sans contredit, le mémoire de M. Pinard sur les vices de conformation du bassin, étudiés au point de vue de leur forme et des diamètres antéro-postérieurs.

Les recherches de M. Pinard ont porté sur une centaine de bassins conservés dans nos Musées de l'hôpital des Cliniques, de la Maternité, de l'Amphithéâtre des hôpitaux et du Muséum d'histoire naturelle. Cette étude est surtout anatomique : par un procédé de pelvigraphie qui lui est propre, l'auteur s'est attaché à déterminer exactement les diamètres antéro-postérieurs de la filière pelvienne. Son but, en se livrant à ce travail aride et minutieux, est de démontrer dans quels cas la pelvimétrie digitale pouvait être entachée d'erreur, et quelle était la correction exacte de cette erreur.

Grâce aux travaux de Pajot, Stoltz et Tarnier, on commence à être convaincu aujourd'hui de l'imperfection des pelvimètres,

(1) Les vices de conformation du bassin étudiés au point de vue de la forme et des diamètres antéro-postérieurs, par Pinard. *Thèse de Paris*, 1874.

Du mécanisme de l'accouchement dans les bassins rétrécis, par Otto de Haselberg (*Beitræge für Geburtshülfe und Gynækologie*, 1873).

Du passage de la tête venant première à travers l'excavation des bassins simplement aplatis, par Dohrn (*Archiv für Gynækologie*, 1873)

Remarques sur la marche et le traitement de l'accouchement dans les bassins rétrécis par Spiegelberg (*Archiv für Gynækologie*, 1874).

Supériorité de l'accouchement prématuré artificiel et de la version sur l'application du forceps et la crâniotomie dans les rétrécissements du bassin, par A. Milne (*Obstetrical journ.*, mars 1874, et *Edinb. med. journ.*, 1874).

quels qu'ils soient, appliqués à la mensuration interne du bassin; la pelvimétrie digitale, au contraire, est presque exclusivement employée par la grande majorité de nos accoucheurs. Discuter les résultats obtenus par cette méthode, contrôler par de nombreuses recherches anatomiques les mesures prises sur la femme vivante était donc faire une œuvre aussi opportune qu'utile, et nous ne saurions trop féliciter M. Pinard d'avoir choisi ce sujet pour sa thèse inaugurale.

Avant d'exposer les résultats obtenus par l'auteur et les conclusions pratiques à tirer de son mémoire, laissons-le décrire lui-même le procédé de pelvigraphie qu'il a imaginé :

« On prend deux lames métalliques, formées d'un alliage de plomb et d'étain, ayant 1 centimètre de largeur, 1 millimètre d'épaisseur, de 7 à 40 centimètres de longueur.

« Pour lever le contour de la face antérieure de la paroi postérieure du bassin, on applique une extrémité de la grande lame sur la pointe du coccyx, on la fait remonter sur la ligne médiane jusqu'à la deuxième ou troisième vertèbre lombaire, en lui faisant subir une pression suffisante pour la forcer à s'adapter parfaitement sur toutes les irrégularités osseuses.

« Retirée du bassin, cette lame gardera l'empreinte de toutes les saillies et dépressions de la ligne médiane. Portée sur une feuille de papier et placée de champ, il suffit d'en suivre les contours avec un crayon pour obtenir un tracé représentant exactement toute la face postérieure de l'excavation.

« Pour obtenir le tracé de la symphyse, on commence par déterminer des repères sur le papier qui a reçu le premier tracé; à cet effet, on a décrit avec un compas un arc de cercle ayant pour centre le sommet de l'angle qui représente le promontoire et, pour rayon, la longueur du diamètre sacro-sus-pubien mesuré à l'aide du compas lui-même. Le bord supérieur de la symphyse doit se trouver naturellement sur un point quelconque de cette ligne courbe. Pour la déterminer exactement, on décrit un second arc de cercle qui a pour centre la pointe du coccyx, et pour rayon la longueur du diamètre coccy-sus-pubien. Le point d'intersection de ces deux lignes indique la situation du bord supérieur de la symphyse.

« Pour le bord inférieur, on opère de la même façon, c'est-à-dire qu'il faut tracer encore deux arcs de cercle, l'un ayant pour centre le promontoire et pour rayon le diamètre sacro-sous-pubien, l'autre pour centre le coccyx et pour rayon le diamètre coccy-sous-pubien. Il ne reste plus qu'à prendre successivement, à l'aide d'une petite lame, l'empreinte des faces antérieure et postérieure de la symphyse et à les reporter sur le papier en s'aidant des repères dont la détermination vient d'être faite. »

En opérant ainsi, l'auteur a construit une série de tracés graphiques représentant, sur une coupe faite dans le sens antéro-postérieur, — et de grandeur naturelle, — cent bassins affectés de vices variables de conformation. Chaque tracé indique la mesure exacte des diamètres suivants :

(a) Diamètre *sacro-sus-pubien.*

(b) Diamètre *sacro-sous-pubien.*

(c) Diamètre *minimum.*

Ce dernier diamètre, ainsi que l'indique son nom, est le diamètre antéro-postérieur le plus étroit de l'excavation ; il s'étend du promontoire à un point situé à 5 ou 6 millimètres et même plus au-dessous du bord supérieur de la symphyse des pubis.

Cette particularité avait été, en 1865, signalée par Michaelis ; mais, à M. Pinard revient le mérite d'avoir mieux précisé que son devancier, la partie de la symphyse la plus rapprochée du promontoire et d'avoir étudié avec soin les véritables causes qui font varier le rapport des divers diamètres antéro-postérieurs du bassin.

Ces causes, d'après M. Pinard, sont au nombre de trois, à savoir :

1° La hauteur de la symphyse ;

2° Son épaisseur ;

3° Sa direction.

La hauteur de la symphyse est la plus influente de ces trois causes ; l'épaisseur est, au contraire, la moins importante.

S'appuyant sur ces données, l'auteur établit clairement la manière dont on pourra avoir la mesure exacte du diamètre mi-

nimum, en supposant connue la longueur du diamètre sacro-sous-pubien.

Voici son raisonnement :

« Sur 16 bassins qui offrent une différence de 1 centimètre et au-dessous entre le diamètre sacro-sous-pubien et le diamètre minimum, nous trouvons, pour la hauteur de la symphyse, une hauteur de 3c,3; pour l'épaisseur une moyenne de 1c,1.

« Sur 21 bassins dont la différence entre le diamètre sacro-sous-pubien et le diamètre minimum est de 2 centimètres et au-dessus, nous trouvons, pour la hauteur de la symphyse, une moyenne de 4 centimètres, pour l'épaisseur une moyenne de 1c,25.

« Nous n'avons point la prétention d'affirmer qu'il n'existe pas de bassins offrant un plus grand écart dans le rapport des deux diamètres que celui que nous connaissons, mais on nous permettra de dire que si ces cas existent, ils sont bien rares.

« Nous n'en avons point rencontré offrant une différence de 3 centimètres.

« Notre maximum est de 2c,6.

« Notre minimum 0c,4 Nous allons prendre ces deux extrêmes.

« Certainement, si on déduit constamment 1c,5, on peut commettre des erreurs regrettables, mais pourquoi accepter une déduction constante? Là est le défaut. Nous l'avons déjà dit, elle doit être proportionnée surtout à la hauteur et à la direction de la symphyse et quelque peu à l'épaisseur.

« *Chaque fois que, chez une femme, la symphyse mesurera 4 c. et au-dessus, on devra déduire 1c,5 à 2 c.*

« *Au-dessous de 4c., on déduira de 1c,5 à 1 c.* »

Il nous semble utile d'attirer l'attention du lecteur sur cette dernière proposition, qui est un des points capitaux de la thèse de M. Pinard. La véracité de son raisonnement est incontestable; l'exactitude des chiffres est indiscutable puisque l'auteur reproduit, par sa méthode graphique, la coupe antéro-postérieure d'un grand nombre de bassins et qu'il devient facile à tout le monde de vérifier sur les planches les mensurations qu'il a prises.

Ramenée à de pareilles conditions d'exactitude, la *pelvimétrie digitale* est appelée certainement à rendre des services plus importants encore que par le passé ; et, nous n'en doutons point, la correction proposée par M. Pinard est destinée à devenir la *correction classique*, qui sera généralement adoptée.

Un autre chapitre de ce mémoire est consacré à l'étude spéciale d'un certain nombre de types de bassins rétrécis. Nous nous proposons d'en esquisser rapidement les principaux traits :

1[er] *type*. Bassins viciés par rachitisme avec abaissement du promontoire, courbure exagérée du sacrum et saillie lordosique des dernières vertèbres lombaires. Cette saillie est telle que, dans certains cas, la dernière lombaire proémine plus que l'angle sacro-vertébral et forme alors un second promontoire artificiel.

2e *Type*. — Bassins viciés par rachitisme avec abaissement du promontoire et rectitude ou convexité antérieure du sacrum. Ce genre de déformation, dans lequel le sacrum a subi un véritable mouvement de bascule qui porte sa base en avant et son sommet en arrière, est généralement bien décrit dans les ouvrages classiques.

M. Pinard attire l'attention sur deux particularités qui ont été mises parfaitement en évidence par ses tracés graphiques, à savoir :

1° Dans certains cas de convexité antérieure du sacrum, on constate un second promontoire au-dessous du premier.

2° Comme le rétrécissement porte sur une notable étendue, il existe un rétrécissement canaliculé ; cette disposition doit évidemment rendre plus difficile le passage de la tête fœtale.

3e *Type*. — Bassins viciés par rachitisme, peu altérés dans leur forme, et bassins dits viciés par étroitesse absolue ou avec perfection des formes ou régulièrement trop petits, etc. Ce type est bien connu, aussi n'insisterons-nous point sur sa description.

4e *Type*. — Bassins en antéversion. Sous ce nom, l'auteur comprend trois variétés différentes de rétrécissement :

A. — Bassins viciés par luxation, bassins coxalgiques de Rokitansky, bassins iléo-fémoraux de Guéniot.

Les recherches de M. Pinard ne font que confirmer les opinions émises par M. Guéniot dans sa thèse d'agrégation sur cette variété de rétrécissements.

B. Bassins viciés par cyphose.

L'auteur se rattache également pour cette variété à la description donnée par M. Chantreuil dans son étude sur les déformations du bassin chez les cyphotiques au point de vue de l'accouchement. On sait que dans cette variété le bassin affecte la forme d'un véritable entonnoir, par suite d'un mouvement de bascule du sacrum.

C. Bassins viciés par rachitisme et par une inflexion anormale de la colonne vertébrale.

Ici M. Pinard croit pouvoir s'avancer plus que M. Chantreuil et formuler la proposition suivante :

« Toute inflexion prononcée de la colonne vertébrale, soit scoliose, soit cyphose, produite dans le jeune âge, a pour effet de relever la base du sacrum en arrière et par cela même d'agrandir le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur.»

5° *Type.* — Bassins normaux et bassins viciés par excès d'amplitude. Le chapitre consacré à cette dernière variété de déformation est fort court et ne présente aucune particularité méritant d'être signalée.

Nous en avons fini maintenant avec l'excellent travail de M. Pinard et nous passons à l'étude de différents Mémoires publiés à l'étranger sur les déformations pelviennes envisagées surtout au point de vue de l'accouchement.

Tandis que chez nous l'opportunité de la version podalique dans les cas de rétrécissement du bassin semble définitivement jugée, cette question revient au contraire à l'ordre du jour en Allemagne et en Angleterre.

En 1872, le Dr S. Borinski publiait dans les *Archives de Gynécologie* (tome IV, fascicule 2) un long travail statistique sur la version podalique employée dans les rétrécissements du bassin.

Les conclusions de ce mémoire étaient que dans les cas d'angustie pelvienne la version ne devait être employée que très-rarement et dans certaines conditions particulières, en présence de rétrécissements asymétriques et obliques, par exemple. Il insistait sur ce fait que la version était surtout dangereuse, au point de vue de l'enfant, dans les bassins généralement rétrécis; à l'appui de cette assertion, il invoquait 8 versions pratiquées dans de telles conditions et où un seul enfant avait survécu.

Dans la grande majorité des cas, au contraire, l'expectation et 'emploi du forceps devaient donner, d'après Borinski, des résultats beaucoup plus satisfaisants. Ces conclusions étaient, à peu de choses près, conformes à celles de deux mémoires publiés en France et basés sur les statistiques de la Clinique d'accouchements et de la Maternité de Paris : je veux parler des thèses de Stanesko (Paris, 1860) et de Rigaud (Paris, 1870).

Aujourd'hui, Otto de Haselberg vient se mettre en contradiction formelle avec les précédents auteurs. L'accoucheur de Berlin revient aux idées de Madame Lachapelle et insiste sur la facilité qu'offrent les pieds du fœtus saisis par l'accoucheur pour permettre de diriger les plus petits diamètres de la tête fœtale à travers le canal rétréci.

Voici, d'après lui, la position qu'affecte la tête, venant première, lorsqu'elle doit traverser un bassin rétréci : la suture sagittale est dirigée transversalement, la région du diamètre transverse antérieur de la tête fœtale se place suivant le diamètre conjugué du bassin et *obliquement* par rapport au plan du détroit supérieur. L'engagement de la partie fœtale n'est possible qu'à condition que la tête, venant première, affecte la position que nous venons de décrire. Lorsqu'au contraire la tête vient dernière, elle se place de la façon suivante : la suture sagittale est, comme dans le cas précédent, placée transversalement, et son diamètre transversal antérieur est dirigé dans le sens du diamètre conjugué du bassin, mais — et c'est là le point capital — la tête est placée non pas obliquement par rapport au plan du détroit supérieur, mais directement suivant ce plan.

Or, cette dernière disposition est bien plus favorable au point

de vue de l'accouchement ; c'est le diamètre bitemporal, relativement petit, qui doit franchir le diamètre conjugué et non plus le diamètre désigné par Otto de Haselberg sous le nom de grand diamètre oblique.

L'auteur conclut en conseillant la version dans les rétrécissements antéro-postérieurs du bassin. Quant aux bassins généralement rétrécis, il reste d'accord avec Borinski et regarde la version comme défavorable.

Dohrn repousse formellement les idées de Otto de Haselberg sur le mécanisme du passage de la tête fœtale venant dernière dans les cas de rétrécissements antéro-postérieurs du bassin. D'après cet auteur, il serait permis d'admettre que dans cette variété de déformation, la grande voussure du pariétal étant placée en arrière, la tubérosité pariétale et les parties avoisinantes du crâne fœtal doivent forcément glisser de haut en bas sur le promontoire.

Plus souvent, au contraire, c'est la suture corónale qui vient se mettre en rapport avec le promontoire. Donc, il y aurait plus d'avantage, dans les présentations du sommet, à favoriser par des manœuvres appropriées la descente de l'occiput, aussitôt que le crâne vient se présenter dans le sens du diamètre conjugué.

Les conclusions de Dorhn, complètement opposées à celles de Haselberg, sont conformes à celles qui ont généralement cours en France. C'est aux idées de Haselberg que se rattache au contraire le professeur Spiegelberg, auteur d'un long mémoire sur la marche et le traitement de l'accouchement dans les bassins rétrécis; il est moins exclusif néanmoins et ses conclusions générales peuvent se résumer ainsi : Dans les rétrécissements du bassin il faudra très-souvent faire la perforation du crâne, réserver la version pour certains cas déterminés et rejeter l'emploi du forceps.

A. Milne, dans une communication faite à la Société obstétricale d'Edimbourg, insiste sur les résultats avantageux qu'il a obtenus par l'accouchement prématuré artificiel et la version dans un grand nombre de cas de rétrécissements du bassin ; il rappelle que si cette méthode est inoffensive pour la mère elle est aussi peu dangereuse pour l'enfant.

Hamilton sauvait 42 enfants sur 46, et l'auteur anglais aurait obtenu des résultats encore plus avantageux. Ces statistiques, on le sait, sont en désaccord complet avec celles de plusieurs accoucheurs allemands et notamment celles de Spiegelberg ; ce dernier perdait à peu près autant de mères que d'enfants! Aussi Milne, sévère à juste titre, blâme énergiquement la maladresse de l'accoucheur prussien.

Tel est le résumé impartial des documents les plus récents sur les rétrécissements du bassin. Nous n'avons pas mentionné une leçon clinique de Hitzmann ayant trait à l'influence de la variété du rétrécissement pelvien sur la marche de l'accouchement, car nous y avons trouvé peu de vues originales.

Nous avons cru devoir également passer sous silence la thèse d'un élève de M. Depaul qui n'est qu'un long panégyrique en faveur du pelvimètre universel imaginé par le professeur de la Clinique d'accouchements.

Si les travaux récents concernant l'angustie pelvienne sont longs et nombreux, nous craignons cependant qu'ils n'aient point fait avancer beaucoup l'état de la science sur ce point important de l'obstétrique. M. Pinard seul, grâce à son ingénieux procédé de pelvigraphie, est arrivé à des résultats réellement originaux; espérons que cette méthode nouvelle appliquée à toutes les variétés de rétrécissements du bassin, contribuera à trancher, dans un avenir prochain, ces questions difficiles et ardues que les récentes tentatives germaniques n'ont pas élucidées.... bien au contraire.

Dr Dupuy.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

DE L'ATREPSIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr Parrot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

(3e article.)

Ulcérations buccales.—Chez les enfants atrepsiés, on trouve à la période du muguet, diverses ulcérations buccales. D'abord on peut en rencontrer au niveau du frein des lèvres, surtout au niveau du frein de la lèvre inférieure; cette ulcération présente une coloration un peu verdâtre; elle envahit la muqueuse de proche en proche; il est bien plus rare d'en rencontrer une sur le frein de la lèvre supérieure. En second lieu, on peut trouver sur le raphé médian du palais, à la jonction de la voûte palatine et du voile (Guyon et Thierry), de petites masses sphéroïdales d'un blanc éclatant, légèrement saillantes, ayant l'aspect du muguet; ce sont des kystes épidermiques. Ces kystes commencent à se développer durant la vie intra-utérine, évoluent rapidement après la naissance et disparaissent très-vite; c'est dans les premiers mois de la vie qu'on les observe, principalement dans les deux premiers mois; jamais on ne les rencontre après le septième mois. Lorsqu'on perce ces petits kystes, on en voit sortir une matière blanchâtre, graisseuse; cette masse est formée de cellules épithéliales et est renfermée dans une poche à cellules aplaties. Ces kystes n'ont aucun rapport avec les organes qui entrent dans la constitution de la muqueuse buccale; ils ne résultent pas du développement anormal, d'une dilatation des glandes mucipares de cette région. Ce sont des follicules sébacés oblitérés. Ces tumeurs sont intéressantes à connaître, parce qu'elles ne doivent pas être confondues avec le muguet; on les en distinguera à leur siége spécial, à leur fixité, à leur adhérence et aux ulcérations oblongues auxquelles elles donnent lieu.

(1) Leçons recueillies par M. le Dr Schwartz et publiées dans la *France médicale*. Voir t. II, pages 53 et 133.

On trouve encore dans la bouche des enfants atrepsiés une troisième espèce d'ulcérations beaucoup plus importantes. Elles siégent à la partie la plus reculée de la voûte palatine, sur le prolongement des arcades alvéolaires, au point où ces arcades cessent. Ce sont les *plaques ptérygoïdiennes;* elles sont symétriques. A l'état normal, chez les enfants les mieux portants, la muqueuse offre fréquemment une certaine pâleur au niveau de la saillie des apophyses ptérygoïdes; cette pâleur est un effet de la pression exercée par ces apophyses sur la muqueuse; dans l'atrepsie, cette pâleur locale s'exagère, puis ces plaques anémiées présentent un peu de gonflement; elles forment une légère saillie, une éminence jaunâtre tomenteuse, due à la prolifération de l'épithélium; plus tard elles s'érodent, puis s'ulcèrent, et peuvent même déterminer la perforation de la voûte palatine; ces ulcérations sont circonscrites par une aréole rougeâtre très-nette; elles ont une forme ovalaire quelquefois arrondie.

Il est très-important de distinguer ces ulcérations buccales de celles d'origine syphilitique, et ce diagnostic peut toujours être fait. Les ulcérations de l'atrepsie, en effet, sont toujours localisées en des points déterminés, fixes, spéciaux, soit sur les freins des lèvres, soit sur le raphé médian, à la partie moyenne de la voûte palatine, soit au niveau des apophyses ptérygoïdes. Les ulcérations syphilitiques ont pour siége les lèvres, les commissures labiales, quelquefois la partie postérieure des lèvres, parfois la pointe de la langue, la partie antérieure de la voûte palatine; en somme, elles occupent les lèvres ou leur voisinage. De plus, elles sont moins profondes et en outre présentent une coloration jaunâtre. On comprend la haute importance de ce diagnostic différentiel au point de vue de la conduite à tenir vis-à-vis de la nourrice.

Urination. — Les urines des nouveau-nés bien portants sont rendues en grande abondance; elles sont claires et ne tachent pas le linge. Il faut que l'enfant mouille douze ou quinze couches dans les vingt quatre heures; à cette condition, on est sûr qu'il se porte bien. Lorsque le nouveau-né devient malade, la quantité des urines diminue; elles cessent d'être rendues pendant deux ou trois heures, et quelquefois on ne sait si c'est l'urine qui a mouillé les linges ou les matières fécales, devenues alors très-liquides; il faut examiner avec soin l'endroit précis où le linge est mouillé. La teinte claire des urines s'altère; elles prennent

une coloration jaune, surtout si l'enfant a un peu d'ictère. On trouve sur les couches de la poussière urique et au niveau du prépuce; c'est un indice de la concentration de l'urine. Virchow a dit que cette concentration de l'urine était normale; mais, selon Parrot, cette opinion de Virchow est une erreur. Les dépôts uriques ne se rencontrent que dans l'atrepsie, l'œdème des nouveau-nés. A la fin de la vie, le nouveau-né atrepsié reste vingt-quatre, quarante-huit heures sans uriner; il faut alors vider la vessie par le cathétérisme si on veut étudier l'urine. Y a-t-il de l'albumine dans l'urine dans les cas d'accidents encéphalopathiques? Une seule fois, M. Parrot a trouvé les urines un peu louches.

Affections cutanées. Erythème des nouveau-nés. — L'érythème des nouveau-nés a été étudié de tout temps, mais mal. Au début apparaissent de petites plaques rouges de 1 à 5 millimètres au plus, sur lesquelles s'élèvent presque aussitôt de petites vésicules; quelquefois la lésion en reste là. Mais sous l'influence des irritations locales produites par les matières fécales et les urines, la surface de la région devient rouge dans sa totalité, l'épiderme se desquame, comme à la suite des fièvres éruptives; quand l'irritation est plus intense, il se produit un suintement et des érosions; ces érosions ont un fond d'un rose-cerise, des bords se continuant sans ligne de démarcation avec le reste de la peau; elles saignent facilement. Quand les enfants reviennent à la santé, la desquamation se produit, l'épiderme, mince d'abord et luisant, reprend son épaisseur normale. Quelquefois la peau, plus irritée en quelques points, subit une légère hypertrophie (sur les fesses, le scrotum, les grandes lèvres), formant de petites élevures de 3 millimètres de diamètre; ces petites élevures sont violacées; elles finissent par disparaître.

Les affections cutanées syphilitiques, qui peuvent se produire aux mêmes points, se présentent sous deux formes: ou bien sous forme de plaques rouges, violacées, sans saillie, ou sous forme de plaques rouges, saillantes, offrant souvent une ulcération centrale profonde, laquelle peut se recouvrir d'une croûte; on n'observe jamais ni de desquamation, ni de vésicules. En outre, des éruptions syphilitiques coexistent sur le tronc, les membres, la face. Dans quelques cas, le diagnostic différentiel est à peu près impossible quand l'érythème s'accompagne d'élevures un peu saillantes et persistantes; on ne peut alors se guider que sur

la marche de l'affection. Dans l'érythème, les élevures ne s'ulcèrent pas.

L'érythème des nouveau-nés siége surtout au pourtour de l'anus, sur les fesses, la partie postérieure des cuisses, le scrotum, les grandes lèvres, l'abdomen ; rarement il s'étend plus loin.

Quelle est la cause de cette affection locale ? C'est d'abord l'état général du nouveau-né, l'atrepsie. Mais c'est l'irritation causée par les matières fécales et les urines, surtout les garde-robes vertes à réaction acide, qui détermine le siége spécial du mal ; en effet, jamais on n'observe cet érythème quand l'enfant n'a pas de diarrhée.

L'érythème affaiblit le nouveau-né par la sécrétion et les hémorrhagies dont il est le foyer ; mais son principal inconvénient est d'irriter, de faire souffrir l'enfant. On a attaché une grande importance à l'érythème des nouveau-nés, parce qu'on admettait avec Valleix que cette lésion est sous la dépendance du muguet, dont elle était la conséquence fatale. Mais c'est là une erreur. L'érythème et le muguet ne s'entraînent pas réciproquement, ce sont deux effets d'une même cause, l'atrepsie.

Pemphigus. — Il y a deux sortes de pemphigus : le cachectique et le syphilitique.

Le pemphigus cachectique se présente sous forme de larges bulles, de 2 centimètres de diamètre et au-dessus, pleines d'une sérosité citrine ou louche ; ces bulles apparaissent surtout aux aines, aux aisselles, sur le cou, sur les points où la peau est mince et fait des plis. Au bout de quelque temps, la bulle crève et l'épiderme se desquame.

Le pemphigus syphilitique se développe toujours à la plante des pieds et à la paume des mains ; il forme de larges pustules remplies d'un pus verdâtre. Ces pustules durent beaucoup plus longtemps avant de crever, à cause de l'épaisseur de l'épiderme aux points où elles apparaissent. En outre, on trouve des ulcérations semblables à celles de l'érythème, mais plus profondes à l'extrémité inférieure des jambes et des pieds, au-dessus et au-dessous des malléoles internes et au talon. En ces points il se forme d'abord une eschare, puis une ulcération d'un rouge assez vif, sans exsudat jaunâtre, quelquefois recouverte d'une croûte ; cette ulcération ne donne naissance à aucun suintement ou seulement à un suintement très-léger. Ces ulcérations sont donc sé-

ches et vives. Elles sont dues au contact, à la pression réciproque des jambes et des malléoles et sont aggravées par le contact des matières fécales et des urines.

Pustule vaccinale. — Chez le nouveau-né atrepsié la cicatrisation de la pustule vaccinale est souvent tardive; l'ulcération s'élargit et se couvre d'épaisses croûtes noirâtres. Il y a de même un retard dans la cicatrisation du cordon ombilical.

Etat des téguments. — Dans l'atrepsie, la coloration de la peau n'est pas toujours la même. Elle est peu modifiée au début; mais peu à peu elle prend une teinte légèrement bleuâtre, surtout aux extrémités. Elle peut aussi être terreuse, bistrée, enfin revêtir une teinte subictérique lorsqu'un léger ictère vient compliquer l'état de l'enfant. Les téguments prennent un aspect différent suivant la rapidité de l'évolution de la maladie et l'état antérieur du malade : 1° Quand on a affaire à un enfant gras chez lequel l'atrepsie a marché lentement, la peau se ride, à cause de la résorption de la graisse, surtout sur les membres et le ventre; quand on plisse la peau entre les doigts, elle garde le pli, car elle a perdu son élasticité; 2° Quand l'enfant était maigre à sa naissance et que l'atrepsie a été rapide (ce qui a lieu surtout quand la diarrhée est abondante dès le début), la peau prend un caractère spécial; elle se sèche peu à peu, prend une consistance pâteuse comme la cire molle; puis d'heure en heure elle se tend et semble se figer, comme sur le cadavre l'hiver; enfin elle rappelle le cuir sec, et quand on la percute, on croirait frapper sur du bois, tant elle a pris une consistance ligneuse. En même temps sa coloration devient livide, terreuse. Quand le mal est généralisé, la peau forme une véritable cuirasse qui empêche les mouvements des membres. L'enfant devient raide comme une barre de fer, et tout mouvement lui est impossible. On a cru avoir affaire dans ces cas à du tétanos; mais il est évident qu'il s'agit d'un état purement physique, et que l'obstacle aux mouvements est simplement mécanique. L'enfant dans cet état est insensible à la piqûre et si on ne voyait pas la face, on croirait avoir un cadavre devant les yeux. Cette altération pathologique des téguments n'est pas bornée à la peau; elle atteint tous les tissus sous-cutanés et même les muscles.

On a souvent confondu cette lésion avec l'œdème des nouveau-nés. Cependant rien n'est plus facile que le diagnostic différentiel

de ces deux états morbides. L'œdème se montre en général chez les avortons peu de temps après la naissance, généralement en hiver. La peau est tendue, d'un rouge-cerise vif, et le tissu cellulaire est infiltré. L'empreinte du doigt persiste. Ce sont surtout et avant tout les parties déclives qui sont le siége de l'œdème. Il y a donc là un état anatomique absolument différent de celui qui nous occupe ; dans un cas il y a afflux de sérosité, dans l'autre absence de toute sérosité.

M. Bouchut, en 1867, a encore confondu ces deux états sous le nom de sclérème des nouveau-nés. Il prétend qu'avec l'œdème il y a toujours sclérème des téguments. M. Parrot déclare cette opinion absolument fausse ; à ses yeux, elle constitue un contresens pathologique.

C'est seulement en 1718 qu'un Suédois observa pour la première fois cette induration des téguments. Sa description pourtant se rapporte plutôt à l'œdème des nouveau-nés.

Plus tard, un Anglais, Underwood, fit une bonne description de l'induration atrepsique. Malheureusement, après lui, Landry ne vit que l'œdème, et, ne comprenant pas l'auteur anglais, confondit tout. C'est de ce moment que date la confusion entre l'œdème et l'induration cutanée de l'atrepsie. Valleix et Billard ont vu pourtant qu'il y avait une distinction à faire entre ces deux états, mais ils croyaient encore à la possibilité de leur coexistence. Rilliet et Barthez ne parlent de ces lésions qu'incidemment. Mais personne jusqu'ici, pas même Underwood, n'a indiqué l'origine de l'affection, dans quelles circonstances elle se produit. Underwood n'a donc pas commis d'erreur ; mais il n'a pas été assez loin dans l'étude de l'affection qu'il décrivait. Il signale bien qu'on observe l'induration tégumentaire chez les enfants misérables, chez ceux qui ont de la diarrhée, il dit bien que cette induration est presque endémique (bien qu'il ne prononce pas le mot) ; mais il n'a pas vu nettement qu'elle a pour cause l'atrepsie *avancée*. En effet, cette induration est un des meilleurs signes d'une atrepsie irrémédiable ; l'individu ainsi atteint est condamné à mort.

Facies. — Le facies de l'atrepsié est tout spécial. Le pourtour des yeux, de la bouche prend une coloration bleuâtre, sinistre, qui indique l'altération profonde du sang. Au pourtour des orifices se voient des rides spéciales chez les individus qui ont eu le temps de maigrir. C'est surtout au forut et sur les joues que la

peau est ridée ; l'enfant ressemble à un petit vieillard. Cela se conçoit, puisque la forme du maxillaire est très-semblable aux deux extrêmes de la vie. Le maxillaire inférieur se rapproche du supérieur et ne peut en être écarté que très-difficilement. Les fontanelles se dépriment, les os chevauchent les uns sur les autres et présentent quelquefois les uns par rapport aux autres une différence de niveau de 2 à 3 millimètres. Le liquide céphalo-rachidien diminue de quantité. La rigidité des mâchoires est telle que les enfants ne peuvent plus les écarter pour prendre le sein; ils se jettent pourtant sur le mamelon, mais s'en éloignent aussitôt en poussant un cri.

CORPS FIBREUX INTRA-UTÉRIN VOLUMINEUX, GUÉRISON PAR MORTIFICATION DE LA TUMEUR.

Observation recueillie à *King's College hospital*, dans le service de M. le Dr Playfair.

A. F..., âgée de 41 ans, non mariée, cuisinière et femme de chambre, fut admise à King's College le 2 décembre 1873. Bien portante jusqu'à l'année qui précéda son admission à l'hôpital, elle fut prise alors d'une hémorrhagie abondante revenant toutes les trois semaines et durant habituellement de huit à dix jours consécutifs. A cause de ces pertes de sang répétées et excessives, elle s'était graduellement affaiblie et était devenue incapable de travailler.

On trouva une tumeur volumineuse et solide, de forme ovoïde, à contours réguliers, dans la partie médiane et inférieure de l'abdomen et s'étendant jusqu'à l'ombilic. Par le vagin on reconnut qu'on avait affaire à une tumeur provenant de l'utérus; le col était normal et l'orifice utérin fermé. La cavité utérine explorée à l'aide de la sonde mesurait 5 pouces et demi. On diagnostiqua une tumeur fibreuse utérine et en vue de déterminer son siége et ses rapports, et aussi dans l'espoir de rencontrer un polype et de pouvoir l'enlever, le col fut dilaté avec une tige de laminaria. On examina la malade préalablement chloroformisée, et l'on reconnut que la tumeur prove-

nant de la face postérieure de l'utérus, faisait saillie dans la cavité de l'organe, qu'elle était complètement sessile et ne présentait aucune trace de pédiculisation commençante. Comme la malade s'épuisait rapidement par suite des hémorrhagies, le Dr Playfair divisa le col de chaque côté et fit une incision d'un pouce et demi de longueur sur le centre de la tumeur, dans l'espoir de voir cette opération déterminer la cessation de l'hémorrhagie et causer la saillie de la tumeur, de telle façon qu'elle puisse s'énucléer.

Cette opération fut pratiquée le 6 décembre. Depuis lors jusqu'au 16, la malade alla très-bien, il n'était survenu aucune hémorrhagie dans l'intervalle. Le jour suivant, elle commença à avoir une perte extrêmement abondante, et le 17 elle rejeta avec grande peine un large fragment de tissu mortifié, lequel était évidemment un morceau de la tumeur qui était en train de se mortifier et se désagréger.

Depuis ce jour jusqu'au 17 janvier, elle rejeta journellement de semblables morceaux, de volume variable. On chloroformisa alors la malade, afin de s'assurer s'il ne serait pas possible d'énucléer la tumeur et de l'enlever à l'aide de la main.

Pendant tout ce temps, la cavité utérine fut entièrement lavée trois ou quatre fois par jour avec une forte solution de liquide de Condy, afin d'enlever la fétidité excessive de l'écoulement. On n'observa aucun signe d'infection putride et le 23 janvier la malade était guérie. Toute trace de la tumeur avait disparu et la cavité utérine mesurait seulement 2 pouces et demi.

Le Dr Playfair fait remarquer que lorsqu'il vit pour la première fois ce cas, il espéra que la tumeur fibreuse deviendrait intra-utérine et susceptible d'être enlevée avec l'écraseur. Cependant cet espoir ne se réalisa pas et il recourut à l'incision du col et de la capsule de la tumeur, non-seulement dans l'espoir d'arrêter l'hémorrhagie, conduite qui souvent a produit ce résultat, mais dans le but de préparer une voie pour une énucléation postérieure. Ce cas était un de ceux qui ne permettent pas la temporisation, car l'hémorrhagie devenait de plus en plus grave et les forces de la malade s'épuisaient rapidement.

Cette mortification de la tumeur fibreuse était certes inattendue, mais on a déjà observé des cas semblables et il n'est pas difficile de comprendre qu'un pareil phénomène puisse se pro duire dans des tissus d'une vitalité si faible.

Le seul danger existant était de voir la septicémie se développer à cause de la présence dans la cavité utérine d'une masse considérable de tissus décomposés. L'auteur attribue l'heureuse terminaison de la maladie au soin qu'il prit de prévenir les accidents par des injections intra-utérines, fréquemment répétées, de liquides antiseptiques. (*The Obstetrical Journal*, juin 1874: Traduit de l'anglais par le DA. Leblond.)

REVUE CLINIQUE.

NOTE SUR UN CAS DE DÉCHIRURE CENTRALE DU PÉRINÉE. — RÉFLEXIONS PRATIQUES

Par le Dr Bleynie,
Professeur à l'Ecole de médecine de Limoges.

Le 24 octobre 1843, à dix heures du matin, nous fûmes appelé à l'hôpital, auprès d'une fille primipare, à terme, en travail depuis environ vingt heures. La sage-femme nous informa que les membranes s'étaient rompues dans la nuit, que la dilatation du col était complète depuis cinq heures du matin, mais que, malgré d'énergiques contractions, la tête n'avait pas franchi le détroit supérieur.

A notre arrivée, nous constatons que la dilatation du col est complète; une tumeur volumineuse, donnant la sensation d'empâtement, occupe la partie supérieure du petit bassin; c'est le cuir chevelu tuméfié qui ne permet de toucher les os du crâne que dans un seul point, correspondant à la symphyse des pubis. En sorte qu'il ne nous est pas possible de reconnaître par le toucher la position de la tête. — La sage-femme avait négligé de la rechercher en temps opportun.

Les contractions sont fortes et régulières, mais impuissantes à faire avancer la tête. Après une attente d'une heure, les choses ne changeant pas, nous appliquons le forceps, en présence de madame Bastin, maîtresse sage-femme du cours d'accouchements, de Mlle Syrieix, sage-femme de la Maternité, des étudiants en médecine de seconde année et des élèves sages-femmes.

L'instrument, aidé des contractions utérines, attire la tête dans l'excavation, sans beaucoup de difficultés; continuant nos tractions nous l'amenons jusqu'au détroit inférieur. Lorsqu'elle n'est plus retenue que par les parties molles, nous cessons de tirer, tout en laissant le forceps appliqué.

A chaque contraction le périnée se développe de plus en plus; il arrive un moment où la tête en paraît entièrement coiffée. Son développement nous semble excessif; nous le faisons remarquer aux assistants. Nous le soutenons avec soin, cherchant à ramener la tête, autant que possible, en avant, vers le sommet de l'arcade. Mais, à un moment donné, ayant voulu faire voir de nouveau l'état des parties aux élèves, entre deux contractions, nous apercevons, au-devant de l'anus, sur la ligne médiane, une déchirure de trois centimètres environ de diamètre antéro-postérieur, à travers laquelle se montre le cuir chevelu. Nous revenons alors au forceps que nous nous étions borné à soutenir; nous tâchons avec son aide et la main appliquée sur la moitié postérieure du périnée, de relever la tête au-devant de l'arcade; peine inutile; à une nouvelle contraction la tête, qui apparaissait à la vulve, s'éloigne du sommet de l'arcade des pubis, abandonne de plus en plus les cuillers du forceps, pour se porter en arrière; en même temps elle s'engage davantage dans la déchirure, qui s'agrandit en s'étendant en arrière et à gauche vers l'anus, en avant et à droite vers la grande lèvre. Une bride assez large, formée par le bord interne de la grande lèvre droite et la commissure postérieure de la vulve sépare la déchirure de l'ouverture vulvaire.

Voyant que nos efforts pour ramener la tête dans la direction normale sont impuissants, nous nous appliquons à rendre le moins étendu possible le désordre qui se produit sous nos yeux.

Dans ce but, pendant que la tête s'avance à travers la déchirure en l'augmentant, surtout en avant, nous faisons soutenir l'anus par la sage-femme, tandis que nous-même, en ramenant les deux grandes lèvres le plus possible vers l'angle antérieur de l'ouverture, nous tâchons d'empêcher la rupture de la bride. Nous atteignons notre but : la tête passe et le tronc ensuite par cette perforation centrale du périnée ; l'anus et la vulve sont restés intacts. Nous laissons le cordon coupé pendre par cette ouverture, et quelques instants après nous y faisons passer le placenta. L'enfant était sorti en position occipito-postérieure.

Immédiatement après l'extraction de l'arrière-faix, nous constatons l'état des parties. Le périnée présente une déchirure à bords irréguliers, s'étendant d'arrière en avant, de l'anus, dont le sphincter est respecté, jusqu'au delà de la commissure postérieure de la vulve, dans le tiers postérieur de la grande lèvre droite, qui se trouve ainsi fendue en long. L'ouverture vulvaire est complétement intacte et séparée de la déchirure par la bride dont nous avons parlé.

Quatre heures après l'accouchement, nous rapprochons les lèvres de la plaie par trois points de suture enchevillée, modérément serrée.

Le lendemain, la femme est prise d'incontinence d'urine ; les bords de la plaie ne tardent pas à tomber en sphacèle et la suture à se détacher. La perte de substance occasionnée par la gangrène est peu considérable. La plaie, abandonnée à elle-même, est tenue propre autant que le permet l'écoulement constant des lochies et de l'urine ; ses lèvres se cicatrisent isolément.

— Cette observation a perdu le mérite de l'à-propos qu'aurait eu sa publication à l'époque où elle fut recueillie, alors que les accoucheurs n'étaient pas unanimes pour admettre la possibilité du passage de l'enfant à travers une déchirure du périnée, qui aurait respecté la vulve et l'anus. Toutefois, les observations de ce genre ne sont pas assez communes pour enlever tout intérêt à leur publication.

Celle-ci sera l'objet et l'occasion de quelques considérations pratiques.

a — On voit dans cette observation que la tuméfaction du cuir chevelu ne nous a pas permis de reconnaître la position de la tête. A cette époque, l'application de l'auscultation au diagnostic des positions du fœtus n'était pas encore entrée dans la pratique ; Velpeau, notre guide, n'acceptait pas sans restrictions les résultats annoncés par le docteur Hohl et que l'expérience a depuis confirmés.

b — L'arrêt de la tête au-dessus du détroit supérieur, malgré des contractions fortes et régulières, peut être attribué, la dilatation du col étant complète, et en l'absence de vice de conformation, à la position elle-même. En effet, si l'on considère que la distance de l'angle sacro-vertébral à l'éminence ilio-pectinée, *corde sacro-pectinée*, n'a en moyenne que 9 centimètres, il est naturel de penser que la tête, dans la position occipito-postérieure, ayant son diamètre bi-pariétal en rapport avec cette corde, éprouvera plus ou moins de difficulté à s'engager, et pourra même ne pas s'engager, à moins que par un mouvement de déviation imprimé par la disposition des parties, elle ne se porte transversalement, pour reprendre sa position après avoir franchi le détroit. C'est, du reste, ce qui doit arriver le plus ordinairement.

c — La tête, saisie au détroit supérieur en position occipito-postérieure, a été maintenue dans cette position par le forceps jusqu'au détroit inférieur. N'eût-il pas été préférable, une fois la tête dégagée du détroit supérieur, en admettant que la position eût été reconnue, de retirer le forceps, afin de laisser à la tête la liberté de son mouvement de rotation qui aurait pu porter l'occiput en avant : nous pensons que telle devrait être la conduite de l'accoucheur, sauf à appliquer de nouveau le forceps, au besoin.

d — Malgré nos efforts pour amener la tête dans l'orifice vulvaire, elle s'est échappée des cuillers du forceps pour suivre une impulsion perpendiculaire au périnée qu'elle a perforé à son centre.

Joulin donne une bonne explication de cette direction de la tête et de son action sur le périnée : « Dans la position occipito-postérieure, dit il, la tête étant fléchie sur la poitrine et n'ayant

aucune tendance à suivre l'incurvation du sacrum, le périnée supporte tout le poids des efforts et subit une distension énorme, ayant trop souvent pour résultat de déchirer son bord antérieur dans une étendue variable. On a même vu la déchirure centrale dans ce cas. »

Souvent même, ainsi que tout praticien peut l'avoir constaté, la tête ne descend pas jusque sur le plancher; elle reste comme suspendue dans l'excavation où elle séjournerait, sinon indéfiniment, du moins assez longtemps pour compromettre la santé de la mère et la vie de l'enfant, si l'art n'intervenait pas.

Nous avons eu maintes fois à appliquer le forceps dans des cas où la tête était ainsi immobilisée depuis huit ou dix heures, la sage-femme ayant attendu, de moment en moment, mais vainement, sa descente sur le périnée.

e — La suture enchevillée, que nous avons pratiquée, a eu le fâcheux résultat d'être suivie de la gangrène des lèvres de la plaie, bien qu'elle eût été modérément serrée. Le gonflement traumatique qui se développe à la suite de l'accouchement doit presque fatalement déterminer l'étranglement, les deux lèvres de la plaie se trouvant comprimées dans toute leur étendue.

Si nous avions à faire la suture immédiate, nous donnerions la préférence aux points séparés, qui remplissent l'indication de maintenir les lèvres de la plaie en rapport, sans interrompre la circulation dans les tissus. Nous la croyons moins gênante et plus sûre que les serre-fines préconisées par le Dr Montfort, d'après les résultats obtenus par M. Guyon, dans son *étude sur les déchirures de la vulve et du périnée.*

Dans notre pratique, nous livrons à la nature le soin de la réunion ; nous l'avons toujours vue se faire dans les cas, heureusement fort rares, que nous avons eu à traiter.

Nous citerons notamment l'observation d'une primipare, de petite taille, ayant un petit bassin, chez laquelle l'extraction de la tête par le forceps occasionna la déchirure complète du périnée, du sphincter de l'anus et du rectum au-dessus du sphincter. Cette déchirure guérit spontanément et intégralement. Il ne resta qu'un étroit pertuis au sommet de la déchirure du rectum, ne laissant passer que les gaz.

Dans le traitement de ces déchirures nous nous bornons aux précautions suivantes : Décubitus latéral, rapprochement permanent des cuisses, maintenu par une cravate passée en 8 au-dessus des genoux; tous soins, lotions, injections, lavements administrés *à tergo*.

f — Si, dans la position occipito-postérieure persistante, et dans quelques circonstances exceptionnelles, la déchirure du périnée est parfois presque inévitable, elle peut être prévenue dans la grande majorité des cas, notamment chez les primipares, qui l'éprouvent si fréquemment — 1 sur 2,54 d'après le Dr Montfort — en procédant ainsi que nous allons l'indiquer.

Après avoir pris, pendant la distension du périnée, la précaution de le soutenir méthodiquement, il faut, au moment où la tête va franchir la vulve, obtenir de la femme la cessation de tout effort, l'accoucheur continuant à soutenir le périnée d'une main, et se servant de l'autre pour ralentir la sortie de la tête et la relever à mesure qu'elle sort, au-devant du pénil.

Il est de toute nécessité que la femme suspende ses efforts; lorsqu'elle ne nous paraît pas devoir ou même pouvoir céder à une simple recommandation, nous lui *commandons* de cesser de pousser si elle ne veut être *déchirée*. Elle obéit toujours.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Diagnostic de l'ovarite subaiguë. (Leçon clinique professée par Edw. J Tilt (1), in-8° de 12 pages. Londres, 1874.)

La notoriété qui s'attache en Angleterre au nom de M. Tilt, son enseignement et ses travaux en gynécologie nous font un devoir de dire quelques mots aux lecteurs des *Annales de gynécologie* d'une leçon prononcée le 1er octobre 1873, et qui a trait au diagnostic de l'ovarite subaiguë : nous allons essayer d'en donner une idée en résumant brièvement les paroles mêmes de l'auteur anglais.

M. Tilt commence par énumérer les causes de difficulté que l'on

(1) Extrait du XVe volume des « *Transactions of the Obstetrical Society of London*. »

rencontre lorsqu'on veut arriver à un diagnostic tant soit peu précis de l'ovarite : la situation profonde des ovaires, leur mobilité, la présence du fond de l'utérus en rétroflexion, les fausses membranes anciennes d'une pelvipéritonite simulant les corps ovariques ; il reconnaît pourtant que, dans certains cas, un certain degré de péritonite peut rendre service à l'explorateur en fixant l'ovaire en place et en l'empêchant de fuir sous le doigt. La difficulté à reconnaître un abcès de l'ovaire lui fournit l'occasion de citer avec éloge la thèse de M. Siredey et de faire allusion à une des plus intéressantes erreurs de diagnostic rapportée dans ce travail. Enfin, il signale encore la coïncidence d'une affection utérine et les manœuvres thérapeutiques que celle-ci entraîne avec elle.

Arrivant à l'étude des symptômes de l'ovarite, il les divise en signes cataméniaux (diverses exagérations morbides des phénomènes de la menstruation normale), et signes objectifs (augmentation de volume, etc.). L'auteur établit que c'est surtout de 15 à 30 ans, chez les filles, que se montre l'ovarite subaiguë : elle est favorisée, selon lui, par une constitution délicate, nerveuse, impressionnable, prédisposée à la tuberculose. Ou bien la maladie se montre chez des femmes mariées, qui souffrent à chacune de leurs époques et ont des troubles d'exagération ou de diminution dans leurs règles. A ce propos il étudie les diverses douleurs abdominales chez la femme, la cruelle douleur persistante de la métrite aiguë, la violente douleur paroxystique de l'endométrite aiguë, la douleur sourde, gravative, sus-pubienne de la métrite chronique Quant à celle de l'ovarite subaiguë, elle siége, selon lui, profondément dans la région ovarienne ; fixe, supportable, elle peut s'étendre vers le genou et s'accompagner de troubles de la sensibilité dans la peau de la cuisse. Elle donne à la marche une certaine hésitation ; elle s'exaspère quand la malade fait un faux pas, qu'elle monte ou descend un escalier, qu'elle se livre au coït. La marche fatigue, la pression augmente l'intensité de la douleur, et excite parfois des vomissements. Enfin il insiste sur ce fait, signalé aussi par Gallard, que l'exercice en voiture augmente beaucoup la douleur chez les malades affectées d ovarite subaiguë. — Lorsque la douleur, ne cessant pas entre les règles, reparaît plus forte à chaque époque menstruelle, c'est ce qu'il désigne sous le nom de *péritonite à redoublements* ; il y a dans ce cas, des signes de gonflement, de sensibilité du côté des mamelles, en même temps que le flux menstruel est exagéré ou diminué ; ces deux opinions sont, la première celle de l'auteur, la seconde celle de M. Kidd.

Quant aux signes objectifs, ils comprennent la palpation du ventre, l'examen par le vagin, l'examen par le rectum et le toucher double. — La palpation du ventre ne donnera que des caractères peu marqués : elle permettra de reconnaître de l'empâtement ou une certaine

exagération de volume du côté des ovaires; mais ce n'est là qu'un moyen accessoire de diagnostic. — L'examen par le vagin découvre parfois de l'inflammation du côté du col de l'utérus, et alors il faut y remédier avant de rechercher si les signes cataméniaux qu'on a observés dépendent d'une ovarite : dans ce cas, on provoque la douleur vive, indiquée plus haut, en déplaçant avec le doigt le col utérin, manœuvre qui tiraille les ligaments utéro-ovariens. Mais il est des cas où le doigt ne saurait arriver jusqu'à l'ovaire et ne peut, par conséquent, fournir aucune donnée sur sa forme, son volume, etc. C'est alors que l'auteur conseille de se reporter à l'historique de la maladie. — Quand l'ovaire est peu fixé en place, il peut glisser dans l'espace de Douglas, et venir donner au doigt introduit dans le vagin une sensation de ballottement. Dans certains cas, la pression de l'ovaire ne provoque pas la douleur caractéristique indiquée par M. Tilt; soit que l'ovaire soit déplacé, soit qu'il soit environné par des fausses membranes de péritonite ancienne. La présence de tumeurs des oviductes, de paquets flottants de fausses membranes, a pu induire en erreur des praticiens consommés. — L'examen par le rectum peut venir compléter l'examen par le vagin ; il se fait avec un ou deux doigts, ce qui permet de s'engager environ 2 centimètres plus haut. On peut aussi saisir, entre le doigt introduit dans le rectum et la main déprimant la paroi abdominale, un corps arrondi, logé dans le cul-de-sac recto-vaginal. Dans ce cas, quand il y a de l'ovarite subaiguë, on trouve l'ovaire lisse, tendu, ou bosselé, augmenté de volume, et la pression y détermine la douleur caractéristique. — Le toucher double est le moyen de diagnostic le plus précis ; il se pratique au moyen des deux mains, par le vagin et le rectum, sur la femme couchée sur le côté gauche. On fixe ainsi plus facilement encore toute tumeur située dans le cul-de-sac recto-vaginal. L'auteur réprouve de toutes ses forces l'introduction de la main entière dans le vagin, à cause des ruptures que peut entraîner cette distension exagérée, ruptures qui pourraient causer une péritonite subaiguë.

Ici l'auteur insiste sur le peu de précision du diagnostic chez les filles de 15 à 25 ans, sur lesquelles on ne saurait se livrer à aucune espèce d'examen sérieux.

Il termine en donnant quelques conseils aux jeunes praticiens sur la conduite à tenir lorsqu'ils seront consultés pour ces jeunes sujets. Il leur conseille de prescrire d'abord une bonne hygiène, un traitement tonique et réparateur qui suffiront souvent pour amener la guérison. S'il y a un écoulement purulent : injections à l'acétate de plomb, et enfin, si l'on n'obtient aucun succès, il conseille, en fin de compte, de recourir à l'examen de la malade. Il recommande même de ne pas reculer indéfiniment cet examen, de peur qu'une inflammation, bornée au col, ne s'étende à l'utérus : il prétend qu'alors le mariage

amène une très-vive inflammations des organes génitaux internes.

En somme, sans répondre à tous les désidérata de la question, la leçon de M. Tilt nous a paru fructueuse à consulter, tant au point de vue des travaux étrangers qu'à celui des recherches françaises.

E. Labarraque.

Du sulfate de quinine comme abortif et oxytocique. *Leçon clinique du D*r Chiara. — Les conclusions du savant directeur de l'école d'obstétrique de Milan sont tellement en contradiction avec l'opinion qui tendait à s'accréditer depuis quelque temps; ils reposent d'ailleurs sur une série de faits si nombreux, que nous croyons utile de donner un résumé un peu détaillé de cette leçon.

Le Dr Monteverdi, dans l'excellent mémoire qu'il a publié sur ce sujet, paraît disposé à confondre en une seule, l'action du sulfate de quinine comme agent abortif, et comme agent ecbolique ou oxytocique. Or, on désigne en général sous le nom d'abortifs tous les agents capables de provoquer l'action des fibres utérines, qui se traduit bientôt après par des contractions de cet organe; ecbolique ou oxytocique, au contraire, désigne un agent capable de réveiller ou de renforcer les contractions utérines existant déjà ou éteintes depuis peu. C'est ainsi que le seigle ergoté, le plus puissant des ecboliques, n'a pas d'action abortive particulière, et que la ponction des membranes, le plus sûr moyen abortif, ne compte pas parmi les meilleurs et les plus puissants oxytociques.

Cette distinction capitale étant faite, on peut se poser les deux questions suivantes : le sulfate de quinine est-il un agent abortif ? Est-il un agent ecbolique ? La matière médicale ne possède pas d'agent abortif avéré, et, pas plus qu'aucun autre médicament connu, la quinine n'a la propriété d'exercer sur l'utérus une influence assez énergique pour en déterminer la contraction, alors que la fibre musculaire est encore dans le plus profond repos. Nous verrons aussi qu'elle n'a pas davantage de propriétés oxytociques.

Le Dr Chiara faisant, en quelque sorte, de l'obstétrique expérimentale en s'entourant, d'ailleurs, des précautions les plus sévères et pour la santé des femmes et pour la rigueur scientifique, a recueilli 40 observations qu'il divise en cinq séries bien distinctes : la première, subdivisée en 2 groupes, contient 14 observations concernant des femmes enceintes en pleine santé; la deuxième renferme 6 cas relatifs à des femmes chez lesquelles on provoqua l'accouchement prématuré artificiel, et où le sulfate de quinine fut employé comme moyen principal ou seulement comme adjuvant des moyens mécaniques mis en usage; la troisième est formée de 7 observations dans lesquelles le sulfate quinique fut administré pendant le travail de

l'accouchement à terme et régulier; la quatrième contient 10 observations de travail languissant, irrégulier ou interrompu; la cinquième enfin ne comprend que 3 cas relatifs à des femmes atteintes de maladies générales indépendantes de la grossesse.

Des deux groupes de la première série, le premier comprend 6 femmes bien portantes et robustes, arrivées heureusement au terme de la grossesse, et qui offraient déjà les signes avant-coureurs du travail. La dose de sulfate de quinine fut de 1 gr. en 2 prises dans la journée. Quatre d'entre elles n'éprouvèrent, du côté de l'utérus, aucune influence du médicament. La cinquième et la sixième accouchaient vingt-quatre heures après, sans qu'on puisse en rapporter l'effet au sulfate de quinine, puisque, de l'avis du Dr Monteverdi lui-même, son action ne tarde pas à se manifester plus d'une demi-heure, pour cesser au bout de deux heures. Le deuxième groupe comprend 8 femmes arrivées au huitième mois de la grossesse et chez lesquelles une dose de quinine double de la précédente fut administrée dans l'espace de deux jours, sans produire aucun résultat.

Dans les 6 cas de la deuxième série, 2 sont surtout instructifs. L'un concerne une multipare rachitique portant un rétrécissement variant entre 78 et 83 millimètres. Comme elle était enceinte à peine de six mois et demi et qu'il n'était pas urgent de provoquer rapidement l'accouchement, on lui donna, pendant sept jours consécutifs, 7 grammes de sulfate de quinine, qui restèrent absolument sans effet. L'accouchement fut provoqué seulement par l'emploi rationnel des moyens mécaniques ordinaires. Dans le second cas, on n'administra que 3 grammes de quinine avec le même résultat. Les 4 autres cas furent également négatifs.

Chez les 7 femmes de la troisième série, la quinine administrée pendant le travail, qui était régulier, n'eut aucune influence apparente.

Chez les 10 femmes de la quatrième série, le travail qui était languissant, irrégulier ou même interrompu avant l'administration du sulfate de quinine, continua de la même manière après cette administration, bien qu'on eût dépassé la dose regardée comme suffisante par le Dr Monteverdi.

La cinquième série renferme 3 observations, dont la première concerne une femme rachitique, atteinte de fièvre vesperine quotidienne (probablement de cause miasmatique), qui fut soumise à l'usage prolongé du sulfate de quinine et du vin de quinquina. Jamais elle n'accusa de douleurs utérines et la grossesse, après la guérison de la fièvre, continua régulièrement jusqu'au neuvième mois. Dans le deuxième cas, c'est une femme qui, dans le cours du huitième mois de sa grossesse, fut prise d'ostéo-périostite suppurée du maxillaire à la suite de laquelle elle eut des frissons répétés pour lesquels on donna plusieurs doses de sulfate quinique. Guérie de cette affec-

tion, elle accoucha heureusement un mois plus tard. La troisième observation est celle d'une femme enceinte qui eût une pneumonie franche, dans le cours de laquelle la quinine fut administrée à plusieurs reprises, sans que la grossesse fût abrégée d'une heure.

De tous ces faits, on est en droit de tirer les conclusions suivantes :

1° Le sulfate de quinine ne possède pas d'action particulière comme agent abortif ;

2° Dans l'accouchement prématuré artificiel, administré seul ou comme adjuvant des moyens mécaniques, il ne mérite aucune confiance ;

3° Dans les cas de travail languissant, irrégulier ou interrompu, il ne sera pas prudent de compter sur l'action de ce médicament ; *à fortiori*, devra-t-on le considérer comme absolument inefficace dans les cas de rétrécissement léger du bassin ;

4° Toutes les fois que, dans le cours de la grossesse, le sulfate de quinine sera indiqué contre quelque maladie intercurrente, non-seulement on devra l'administrer pour combattre la maladie, mais encore comme étant le meilleur prophylactique de l'avortement ou de l'accouchement prématuré lui-même ;

5° Enfin, le sulfate de quinine est absolument impuissant à prévenir ou à arrêter le développement des maladies puerpérales, épidémiques ou sporadiques ;

6° Le seigle ergoté reste donc, malgré ses inconvénients, le meilleur des oxytociques (1). (*Annali. univ. medicina*. Vol. 224. *Anno* 1873.)

VIAULT.

Anatomie et physiologie de l'appareil génital de la femme. — Tel est le titre d'un atlas que vient de publier M. le Dr Witkowski.

L'atlas se compose de planches coloriées découpées, et superposées de façon à reproduire les divers plans qui entrent dans la composition des organes génitaux de la femme et les rapports qui existent entre les diverses parties de ces organes.

Plans musculaires prenant insertion sur le bassin, bassin osseux, grand épiploon, intestin grêle, cœcum, S. iliaque du côlon. Voilà pour les parties principales, indépendantes des organes génitaux mais qui néanmoins ont avec eux des connexions intimes.

Les organes génitaux proprement dits sont figurés avec une exactitude remarquable, Sur un premier plan nous trouvons la vulve, avec ses grandes et ses petites lèvres, et le capuchon du clitoris ; sur

---

(1) Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer que les conclusions du Dr Chiara sont en tous points conformes à celles du Memoire de M. le Dr Burdel (de Vierzon) que nous venons de publier. Voyez tome I, p. 437, et tome II, p. 30 et 106.

un second plan, nous trouvons les muscles du périnée, *constricteur du vagin*, *ischio-caverneux*, *transverse*, puis le bulbe du vagin, la membrane hymen, les glandes vulvo-vaginales; sur un plan plus profond, nous voyons la vessie avec l'urèthre creusé dans la paroi antérieure du vagin et la paroi postérieure de ce dernier organe.

Entre les deux feuillets qui représentent les parois antérieure et postérieure, on voit le col de l'utérus surmonté du corps de l'utérus avec ses annexes : ligaments ronds, ovaires, trompes; en arrière de l'utérus, nous voyons le rectum.

L'auteur a également indiqué d'une façon exacte le point de réflexion du péritoine, soit de la vessie sur la face antérieure de l'utérus, soit de la face postérieure du vagin sur le rectum.

Cet atlas, sans pouvoir remplacer la dissection pour l'étude des organes pelviens est destiné néanmoins à rendre de grands services. Il peut surtout être utile à ceux que leurs occupations tiennent éloignés des salles de dissection, et qui ont besoin de se remettre en mémoire les détails si compliqués de l'anatomie de cette région. Un coup d'œil jeté sur cet atlas permet mieux que de longues descriptions de se représenter l'anatomie des organes pelviens.

M. Witkowski s'était déjà fait connaître par des travaux du même genre. Le corps humain, l'oreille, l'encéphale avaient eu un succès justement mérité. L'auteur prépare en ce moment un atlas de l'œil. Le travail que nécessite la distribution des divers plans qui entrent dans la composition de ces figures est très-considérable et nous félicitons sincèrement l'auteur de n'avoir pas craint de l'entreprendre.

A. L.

Tumeur fibreuse utérine interstitielle, traitement par les injections hypodermiques d'ergotine. — Le Dr Lente rapporte une observation intéressante de tumeur fibreuse utérine qu'il a traitée par les injections hypodermiques d'ergotine.

La tumeur était interstitielle et la malade avait eu des métrorrhagies depuis trois ou quatre ans. En dernier lieu, elle avait eu des vomissements incessants qui n'avaient été amendés que par l'usage de l'électricité.

L'ergotine fut administrée sous forme d'injections hypodermiques pendant plusieurs mois et une seule fois il en résulta un abcès.

Les injections furent pratiquées sous la peau de l'abdomen et lorsque l'abcès se développa, l'injection avait été faite sur la cuisse.

L'administration de l'ergot détermina une amélioration notable dans l'état de la malade.

Pendant le traitement il survint une attaque de diarrhée, la malade recommença à vomir, et l'on eut de nouveau recours à la faradisation.

Toutes les deux semaines on trouva que la tumeur diminuait nota-

blement de volume ; mais il survint une péritonite aiguë généralisée qui détermina la mort. A cette époque, l'utérus mesurait intérieurement moins de deux pouces et demi (0m,0635). (*The médical and surgical reporter*, 1er août, 1874). A. L.

Sur la cellule granuleuse que l'on rencontre dans le liquide ovarien, par le Dr Drysdale de Philadelphie. — Ce mémoire a pour but de décrire une cellule particulière que l'auteur à découverte dans le liquide des tumeurs ovariennes, que l'on rencontre toujours dans ce liquide et qui est constamment absente dans les épanchements liquides de l'abdomen, ayant une autre origine ; c'est pourquoi il pense « que c'est un signe pathognomonique des maladies de l'ovaire et, comme telle sa valeur diagnostique ne peut être proclamée trop haut. »

Voici la description de la cellule telle qu'elle est donnée par le Dr Drysdale.

« La cellule granulaire, que l'on rencontre dans le liquide ovarien, est généralement ronde, mais quelquefois de forme légèrement ovale, elle est très-fragile, transparente, et parsemée de fines granulations, mais dépouvue de nucléole.

« Les granulations ont un contour clair, bien marqué. Ces cellules diffèrent beaucoup de volume, mais leur structure est toujours la même. On en trouve qui n'ont pas plus d'un cinq millième de pouce de diamètre, et d'autres qui atteignent un deux millième de pouce. J'en ai trouvé de plus larges, mais le volume le plus ordinaire est celui d'une cellule de pus.

« Ces cellules se trouvent mélangées avec de la matière granuleuse, des globules graisseux, de la cholestérine, de l'épithélium, du pus, du sang, des cellules granuleuses ; mais tous ces éléments sont accidentels et peuvent faire défaut.

« Mais il importe peu que les autres cellules soient présentes ou absentes, la cellule que l'on rencontre invariablement dans les épanchements qui proviennent de l'ovaire, est la cellule granuleuse. »

L'acide acétique rend la cellule plus transparente, et fait apparaître plus distinctement les granulations ; si l'on ajoute de l'éther, les granulations deviennent presque transparentes, mais l'aspect de la cellule ne change pas pour cela. (*Transact. of the Americ. med. Assoc.*, 1873, et *the Dublin journ. of med. sc.*, may 1874 p. 450.) A. L.

VARIÉTÉS.

Nous publierons dans le prochain fascicule un article d'un de nos plus distingués confrères de province, en réponse à l'important travail de M. le Dr Burdel, relatif à l'action du sulfate de quinine sur

l'utérus. — En donnant cette nouvelle preuve de la liberté avec laquelle toutes les opinions contradictoires peuvent se produire dans ce journal, nous tenons à faire savoir à notre savant collaborateur que son excellent travail a été très-remarqué et que nous avons reçu de nombreuses adhésions aux conclusions qu'il a développées avec tant de talent.

Concours (*Faculté de Médecine de Paris*). — A la suite d'un brillant concours M. Adolphe Pinard vient d'être nommé chef de clinique d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris.

Hospice des enfants assistés. — Le Conseil municipal de Paris sera appelé prochainement à voter de nouveaux crédits ponr l'agrandissement de l'hospice des Enfants-Assistés ; le local actuel étant devenu insuffisant pour répondre aux besoins de cet important service, l'un des plus dignes d'intérêt de l'administration hospitalière.

Les dépenses prévues pour l'entretien des enfants assistés pendant l'année 1874 s'élèvent à la somme de 3,794,500 fr., se répartissant ainsi qu'il suit :

1° Dépenses du service intérieur.........	234,000
2° Dépenses de service extérieur..........	3,393,500
3° Frais d'impression et de surveillance...	167,000
Total.	3,794,500 fr.

Cette somme donne un excédant de 250,000 fr. de dépenses sur l'exercice précédent. Cette augmentation provient, non d'un plus grand nombre d'enfants assistés, mais des améliorations dans la composition des layettes et vêtûres des enfants et de l'augmentation des gages des nourrices. (*Journal de méd. et de chirurg. pratiques.*)

Nouvel appareil obstétrical.—M. le Dr Pros (de La Rochelle) a présenté à l'Académie de médecine un appareil obstétrical composé : 1° d'un *appareil à contention* qui comporte un cadre avec annexes et un coussin ; 2° un *appareil à tractions* plus complexe que le précédent, se composant d'un forceps spécial, dit *forceps rotateur*, d'une tige mobile et d'une courroie.

Le but que notre confrère s'est proposé d'atteindre avec cet appareil est : 1° d'épargner le plus possible à la femme en travail, dans certains cas, des compressions aussi douloureuses que dangereuses ; 2° de ménager toutes les chances favorables pour éviter la mutilation de l'enfant dans quelques cas graves de dystocie ; 3° de permettre toujours à l'accoucheur de terminer un accouchement par le forceps, cet accouchement ne nécessitant de sa part qu'un grand déploiement de forces ou une céphalotomie préalable ; 4° dans les cas les plus graves comme les plus simples, d'agir, toutes les fois que l'on fera usage de l'appareil obstétrical complet, avec méthode et la plus grande précision, que l'accouchement doive être terminé promptement ou lentement.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans le services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de juillet 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DECÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	11	»	1	»	»	1	»	9.09	»	»	9.09	»	»
Pitié..........	41	»	1	»	»	1	»	2.44	»	»	2.44	»	»
Charité........	30	2	»	»	»	2	6.66	»	»	»	6.66	»	»
Saint-Antoine.	38	1	»	»	»	1	2.63	»	»	»	2.63	»	»
Necker.......	16	»	1	»	»	1	»	6.25	»	»	6.25	»	1
Beaujon......	18	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Lariboisière...	59	1	»	»	»	1	1.67	»	»	»	1.67	»	1
Saint-Louis...	46	3	»	»	»	3	6.52	»	»	»	6.52	1	1
Lourcine.....	2	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres.)	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	261	7	3	»	»	10	2.68	1.15	»	»	3.83	1	3
Services spéciaux													
Cochin.......	60	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.....	39	»	1	»	3	4	»	2.56	»	7.69	10.25	»	»
Mson d'Accouchem.	108	»	2	»	»	2	»	1.85	»	»	1.85	»	»
TOTAL.......	207	»	3	»	3	6	»	1.44	»	1.44	2.08	»	»

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	921	3	0.32
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	123	3	2.34

OBSERVATIONS PARTICULIERES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Accouchement compliqué de tumeur fibreuse utérine. — Expulsion de la tumeur trois semaines après la délivrance. — Guérison. (*The obstetrical Journal*, august 1874, p. 287.)

Aménorrhée, paraplégie consécutive. (*Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 260.)

L'administration du chloral offre-t-elle des dangèrs? par VERRIER. (*Gaz. obst. de Paris*, 1874, n° 6.)

Eclampsie traitée par le chloral. (*Scalpèl*, 1874, n° 41.)

De l'intervention chirurgicale dans les cas de chute de l'utérus, de cystocèle et de rectocèle, par Emm. BOURDON. (*Bull. thérap.*, 1874, mars, p. 258.)

Erreur dans le diagnostic de la conception, accouchement retardé, par le Dr CAILLETAT. (*Gaz. obst. de Paris*, 1874, n° 6.)

Conception chez une femme de 50 ans. — Ménopause depuis deux ans. — Eclampsie après l'accouchement. — Guérison, par le Dr Ch. DESHAYES (de Rouen.) (*Gaz. hebd.*, 1873, p. 733.)

Déchirure du périnée et de la paroi recto-vaginale. — Périnéoraphie. — Guérison, par le Dr HUGUET. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, février et mars 1874, p. 81.)

Des flexions et des versions utérines et en particulier du traitement mécanique des déplacements en arrière de l'utérus, par B. S. SCHULTZE. (*Archiv für Gynækologie*, p. 373-417, 1872.)

Nouvelle forme de dilatateur utérin, par le Dr C. D. PALMER. (*The Cincinnati Lancet and Observer*, august 1874, p. 501.)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Sulla cura chirurgica dei fibromi uterini intra-murali e sotto-mucosi col metodo delle incisioni multiple, par le Dr AMILCARE RICORDI.

De l'emploi de l'alcool dans le traitement des suites de couches, par le Dr FAUGEYRON. (Thèse de Paris, 1874.)

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Octobre 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

SUR LA VALEUR DE CERTAINS SIGNES QUI PEUVENT PERMETTRE DE RECONNAITRE UN AVORTEMENT CRIMINEL.

Par le Dr T. Gallard.

J'ai eu, il y a quelque temps, occasion de donner des soins à une femme de 23 ans, qui se plaignait alors de douleurs abdominales intenses. Elle n'a jamais été malade; ses parents vivent encore et sont bien portants. Elle est accouchée, il y a trois ans, d'un enfant vivant et bien conformé; l'accouchement fut simple et ses suites fort heureuses. Comme elle n'a pas nourri, ses règles ont reparu six semaines après et ont continué, depuis, avec la même régularité, jusqu'au commencement de février 1874, époque à laquelle elles ne parurent pas. Mais elles furent remplacées, alors, par des flueurs blanches assez abondantes, qui ne s'étaient jamais montrées avant cette époque, et qui se prolongèrent jusqu'au 5 ou 6 mars.

A cette date survinrent des pertes de sang qui ne durèrent qu'un jour et furent accompagnées de coliques vagues. La malade les attribua à la fatigue de son métier, qui l'oblige à monter et à descendre l'escalier toute la journée. Le sang qui s'écoulait était noir et épais. Notons que cette fille est domestique dans une maison de tolérance.

Le 7, la malade va trouver un médecin qui lui fait une ordonnance trop compliquée, dit-elle, et que, pour cette raison, elle n'exécute pas; puis, voyant qu'elle ne pouvait avoir de soulagement, elle se décide à recourir à nos soins, quelque temps après.

Les phénomènes qu'elle accuse ont pour siége exclusif le ventre. Tous les autres organes : poumons, cœur, foie, etc., sont sains. Elle se plaint de douleurs atroces, continuelles, au milieu de l'abdomen et un peu au-dessus du pubis; elle perd une assez grande quantité de mucus blanc : il n'y a plus de sang.

La palpation et la pression sur l'abdomen sont fort douloureuses. Au toucher, on trouve que le vagin est chaud et fort humide; le col, situé dans l'axe vaginal, est volumineux, mou ; l'orifice est un peu entr'ouvert et légèrement ulcéré, quoiqu'il n'y ait eu antérieurement aucun symptôme pouvant faire croire à l'existence d'une affection utérine quelconque. Le corps a subi une augmentation de volume assez notable ; les culs-de-sac vaginaux sont libres; la pression exercée par le doigt sur l'organe utérin est fort douloureuse en tous points. Les seins de la malade ont un peu augmenté de volume depuis un mois et sont le siége de légers picotements. La peau est un peu chaude, le pouls à 112, la langue sale; il y a perte d'appétit et difficulté assez grande pour aller à la garde-robe.

En présence des phénomènes locaux et de la suppression des règles depuis un mois et demi, le diagnostic est : grossesse de un mois et demi à deux mois; avortement prochain.

Le lendemain du jour où nous la vîmes pour la première fois, la malade fut prise d'un redoublement de ses douleurs, et une hémorrhagie utérine se déclara. Il n'y avait pas eu d'autre perte de sang depuis quarante-huit heures au moins, et tout ce qu'elle a perdu depuis ce moment a été examiné avec le plus grand soin. Une assez grande quantité de sang fut évacuée :

une portion de ce sang était liquide, l'autre coagulée en caillots; au milieu de ces caillots on trouva un petit corps blanchâtre, dont l'examen fut fait quelques heures après.

Pour terminer la partie clinique de cette observation, nous dirons que les suites de cet avortement furent des plus simples; la malade s'est parfaitement remise au bout de deux mois, pendant lesquels elle a cependant présenté quelques phénomènes inflammatoires, mais peu intenses et qui ont disparu par le repos seul.

Examen du produit expulsé. — Le produit expulsé a le volume d'une grosse noix, soit environ 6 centimètres de diamètre; il est ovoïde; sa surface est très-lisse et donne insertion à un prolongement arrondi, long de 5 centimètres, et de 1 millimètre 1/2 de diamètre. La portion adhérente de ce prolongement se confond en s'étalant à la surface du produit; son extrémité libre est taillée obliquement, effilée et déchiquetée. Il y a eu évidemment déchirure et non pas section nette, comme le produirait un instrument tranchant. En l'examinant de près, on reconnaît qu'il est formé par la réunion de trois vaisseaux, dont l'un est rempli de sang. C'est un cordon ombilical.

A l'une des extrémités de l'ovoïde, on voit une solution de continuité, par laquelle semblent faire issue un assez grand nombre de petits filaments jaunâtres, courts, granuleux, assez résistants, et qu'il est facile de reconnaître au premier coup d'œil pour de petites villosités placentaires (état embryonnaire). Le tout est donc constitué par un placenta, retourné sur lui-même, la face fœtale est extérieure, la face externe est intérieure.

Une incision est pratiquée sur le fond de la surface externe, du côté opposé à l'ouverture pathologique, pour retourner le placenta en doigt de gant, sans altérer cette ouverture, et l'on constate alors que ce placenta est bien constitué, qu'il ne présente aucune altération pathologique, qu'il n'y a dans son épaisseur aucune ecchymose ou suffusion sanguine quelconque.

L'orifice par où le fœtus a dû sortir est déchiqueté, long de 1 centimètre environ. A l'un des angles de la fente, on trouve

un petit prolongement chorial, dans l'épaisseur duquel existe un caillot fibrineux; au niveau et au pourtour de l'orifice, les villosités placentaires sont très-rares; elles n'existent même pas sur la face externe du prolongement infiltré de sang.

Nul débris de fœtus n'a été trouvé dans les caillots rendus par la malade, depuis le jour où nous avons été appelé à lui donner des soins (1).

---

(1) L'observation qui vient d'être rapportée a été communiquée, en mon nom, par M. Leblond, à la Société de médecine légale, dans la séance du 13 avril 1874, dans le cours de laquelle ont été échangées diverses observations qu'il importe de reproduire ici, car il en est tenu compte dans la suite de ce travail.

M. Leblond, en faisant passer sous les yeux de la Société de médecine légale le produit expulsé, tel qu'il vient d'être décrit, dit que M. Gallard incline à penser qu'il s'agit là d'un avortement provoqué par des manœuvres coupables. Le fœtus n'ayant pas été retrouvé ne peut fournir de renseignement; mais l'état des vaisseaux du cordon doit faire supposer que le fœtus était encore vivant alors que son expulsion a eu lieu. Comment, du reste, l'œuf aurait-il pu se retourner spontanément? N'est-il pas vraisemblable que ce sont les tractions opérées sur le cordon qui ont produit ce résultat? M. Gallard pense donc que le travail a été déterminé, non par la mort du produit de la conception, mais par des manœuvres abortives, alors que le produit était encore vivant.

M. Charpentier pense qu'il ne s'agit nullement d'un avortement provoqué mais simplement d'un fait très-naturel, qui serait seulement accompagné de circonstances particulières. Il pense que l'ouverture qui existait à l'œuf présenté à la Société est une ouverture spontanée; quant au fœtus, il serait sorti naturellement et on ne l'aurait pas vu, comme cela arrive souvent. La preuve, il la trouve dans l'examen même de la pièce produite. Quant à la traction opérée sur le cordon ombilical, il la croit impossible. Le cordon, en effet, est beaucoup trop faible pour supporter aucun effort de ce genre et il se briserait infailliblement. Dans les avortements qui ont lieu à six mois, en effet, la traction brise toujours le cordon. A plus forte raison doit-il en être de même lorsque la grossesse ne date, comme dans l'espèce, que de six semaines ou deux mois, au plus. Le cordon qui se trouve encore adhérent à la pièce produite devant la Société n'aurait pu supporter l'effort nécessaire. Il s'agit donc là probablement d'un avortement naturel, mais dans lequel le travail aurait eu lieu en deux temps.

M. Leblond fait observer que, indépendamment des phénomènes naturels décrits, la façon dont la malade répondait a pu donner quelques soupçons. C'est ainsi que l'on a remarqué dans ses explications des réticences qui ont fait supposer qu'elle avait le désir de dissimuler une partie de la vérité. Quant au cordon, M. Leblond pense qu'il était assez solide pour supporter les tractions que l'on suppose avoir été pratiquées. Rien du reste dans l'explication de M. Charpentier ne donnerait la raison de ce fait que l'œuf a été retourné. Il faut donc supposer autre chose qu'un avortement naturel.

Y a-t-il eu avortement spontané? Y a-t-il eu avortement provoqué? Telle est la double question qui se pose en face de l'examen de ce produit placentaire. L'interrogatoire de la malade fait, à plusieurs reprises, par plusieurs personnes et de façons très-diverses, n'a amené aucun aveu de sa part.

La question peut être examinée de deux façons différentes, suivant que l'on n'aura, pour formuler son jugement, d'autres documents que ceux fournis par l'examen anatomique de l'œuf, que nous venons de décrire, considéré comme pièce de conviction, ou suivant que, des résultats de cet examen, on pourra rapprocher les renseignements provenant de l'état de santé de la femme qui a expulsé cet œuf, de ses antécédents pathologiques et physiologiques, de tous les symptômes qu'elle a éprouvés depuis le début de sa grossesse, non-seulement jusqu'au terme prématuré de cette grossesse, mais même pendant les jours qui ont suivi; car les accidents postérieurs à l'avortement peuvent nous éclairer, dans une certaine mesure, sur les circonstances qui lui ont aidé à se produire.

Voyons d'abord ce que nous apprend l'examen anatomique, seul et indépendamment des autres renseignements, de ceux qui pourraient être fournis par l'instruction, si nous étions en présence d'un fait déféré à la justice.

Voici un œuf, composé uniquement d'un placenta et de ses membranes, qui, au moment où il a été trouvé, au milieu des caillots, était complètement retourné sur lui-même, à la façon d'un doigt de gant. Sa face interne, ou choriale, était devenue externe. Ce renversement s'est fait à travers une ouverture de 1 centimètre à peine, à bords déchirés, irréguliers. Dans l'angle d'une de ces déchirures, on trouve un petit prolongement chorial, dans l'épaisseur duquel existe un petit caillot; mais notez bien que ce petit caillot, tout en étant encore imprégné de matière colorante, est fibrineux, et en l'examinant avec une attention suffisante, nous sommes demeuré convaincu qu'il est le résultat d'une hémorrhagie par déchirure ou par section des tissus et non d'une apoplexie. Nous sommes du reste dans une des parties les plus minces des membranes qui entourent l'œuf, et non au milieu des villosités placentaires, où devraient se

trouver les caillots apoplectiques, s'il en existait (1). Dans toute sa portion la plus épaisse, dans celle qui correspond à l'insertion du cordon, que nous allons examiner tout à l'heure, nous ne trouvons aucune lésion morbide, aucun de ces états pathologiques qui révèlent une maladie de l'œuf, aucun de ces caillots apoplectiques, qui se présentent habituellement comme la lésion, en quelque sorte caractéristique, de l'avortement naturel.

Le cordon adhérent à ce placenta est parfaitement sain. Il ne s'est rompu qu'à 5 centimètres de son insertion placentaire, c'est-à-dire, vu l'âge du produit, presque au niveau de son insertion fœtale; il offre une résistance suffisante pour prouver qu'il n'a dû se rompre que sous l'influence d'un effort assez énergique. Cela nous démontre tout d'abord une chose, c'est qu'il n'a pas macéré, après la mort du fœtus, dans les eaux de l'amnios, et que, par conséquent, le fœtus n'était pas mort depuis longtemps lorsque l'avortement a eu lieu. Non-seulement le fœtus n'était pas mort depuis longtemps, mais nous pouvons même affirmer qu'il était vivant au moment de l'avortement. De cette persistance de la vie du fœtus, c'est encore l'examen du cordon qui nous fournit la preuve ; car de ses trois vaisseaux, un seul contient du sang, la veine; les deux autres, les artères, sont vides, et c'est un signe dont je m'étonne qu'on ait songé à contester l'importance. Nous arrivons donc ainsi à reconnaître : d'une part que le produit de la conception ne présentait aucun de ces états pathologiques qui peuvent déterminer sa mort pendant la gestation, et par conséquent expliquer un avortement naturel, et d'autre part, qu'il était encore vivant au moment où cet avortement s'est effectué. Quelle a donc été la cause efficiente de

(1) Ce caillot ne rappelait, ni par son aspect, ni par sa configuration, ni par ses rapports avec les parties voisines, la lésion anatomique décrite dans les termes suivants par M. Charpentier : « La surface du placenta offre des couches sanguines épanchées qui ont subi diverses altérations analogues à celles que présente le sang dans une cavité close ou dans un foyer apoplectique. Outre ces épanchements de la surface, il en existe aussi à l'intérieur des cotylédons, situés près de l'orifice. De là un aspect particulier, noirâtre, tassé, compacte de la partie décollée, comparée au reste du placenta, qui présente son aspect normal » (p. 419).

cet avortement? Je la trouve dans cette déchirure qui existe sur un point de la circonférence de l'œuf, ouverture à travers laquelle le placenta s'est, en quelque sorte, retourné à la façon d'un doigt de gant. Il est certain que ce retournement n'a pu s'opérer que par suite de la traction exercée par le cordon sur le point de la paroi auquel il est inséré. On comprend, en effet, que le fœtus s'étant engagé le premier dans cette ouverture a entraîné avec lui et le cordon, et le placenta qui lui adhérait, et a ainsi provoqué le décollement, puis le renversement de ce dernier. Il est possible, comme l'a supposé M. Leblond, que ce phénomène soit la conséquence de tractions exercées sur le fœtus, saisi par une pince au moment où il franchissait le col, et je ne voudrais pas affirmer que les choses ne se soient pas passées ainsi. Mais cette intervention d'une puissance étrangère n'est pas indispensable pour expliquer ce qui s'est passé. Le fœtus, une fois engagé entre les lèvres du col, a été repoussé par les contractions utérines, comme l'est un noyau de cerise, pressé entre les doigts, et le cordon, après avoir résisté assez longtemps pour permettre au placenta de se retourner, a fini par se rompre, laissant partir l'embryon, tandis que le reste de l'œuf adhérait encore, par certains points, à la surface interne de l'utérus.

Ce n'est donc pas dans les tractions exercées sur le fœtus, ni, par conséquent, dans la rupture du cordon, que je vois la main criminelle qui a provoqué cet avortement. Mais je la vois, d'une façon évidente, incontestable, dans cette déchirure qui existe à la partie inférieure de l'œuf, déchirure à travers laquelle le fœtus est sorti, puis le placenta s'est retourné. Comment en effet cette déchirure aurait-elle pu se produire spontanément? M. Charpentier, qui conteste la criminalité dans ce fait, ne nous le dit pas. Il affirme seulement que les choses peuvent se passer souvent ainsi, dans les avortements les plus naturels. J'avoue que mon expérience n'est pas, sur ce point, d'accord avec la sienne, et que, à défaut de mon expérience personnelle, mes lectures m'ont laissé une impression toute différente. Je pourrais même lui citer une publication toute récente, dont il ne voudra pas récuser l'autorité, et dans laquelle j'ai relevé la phrase suivante :

« *Les membranes ont de la peine à se rompre spontanément,* et ce sont, pour la plupart du temps, les doigts du chirurgien, ou un instrument guidé par sa main, qui rompent les membranes, soit en passant au travers du placenta, soit en décollant un de ses bords. » (1).

Ici l'instrument qui a déchiré les membranes n'était pas guidé par la main du chirurgien, mais bien par une main criminelle. En l'affirmant, je ne fais pas une supposition purement gratuite, mais je me conforme aux doctrines professées par les savants les plus autorisés, qui sont d'accord pour attribuer à la rupture des membranes, quand elle a lieu à une époque aussi peu avancée de la grossesse, une signification tout à fait conforme à celle que je crois devoir lui donner dans le cas actuel. Voici un passage dans lequel se trouvent formulées à la fois l'opinion de M. Tardieu et celle de M. Devergie :

« D'autres fois les membranes seront plus ou moins largement ouvertes et on pourra les trouver décollées dans une étendue plus ou moins considérable, circonstance qui, si elle coïncidait avec une faible dilatation du col utérin, conduirait, suivant une observation fort judicieuse de M. Devergie, à exclure l'idée d'un travail spontané d'expulsion du fœtus et s'expliquerait, au contraire, très-facilement par l'introduction d'un agent mécanique dans l'intérieur de la matrice. » (2).

De cette opinion de nos deux maîtres en médecine légale, je rapprocherai celle d'un de nos accoucheurs les plus distingués, M. Jacquemier, qui expose ainsi comment les choses se passent, lorsque l'avortement se produit d'une façon naturelle et spontanée :

« Pendant les deux ou trois premiers mois, *l'œuf est le plus souvent rendu entier, si une intervention intempestive pour le dégager ne vient pas rompre les membranes.* » On ne s'étonnera pas de me voir souligner cette proposition, qui est en quelque sorte

---

(1) Charpentier. *Leçons sur les hémorrhagies puerpérales*, juillet 1874, p. 416.

(2) A. Tardieu. *Etudes sur l'avortement* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. 2e série, t. V, p. 155), et *Etude médico-légale sur l'avortement*, 3e édit., Paris, 1868.

un aphorisme, et que nous devrons avoir toujours présente à l'esprit lorsque nous serons appelés pour décider si un avortement doit être considéré comme naturel, ou provoqué par une « intervention intempestive. » Elle a une signification d'autant plus grande, qu'aussitôt après l'avoir émise, le savant praticien auquel je l'emprunte se hâte de compléter les renseignements relatifs aux avortements spontanés et oppose cette absence de rupture des membranes pendant les deux premiers mois, à sa fréquence à une époque plus avancée de la grossesse. « Celles-ci sont, dit-il, souvent rompues aussi par les contractions utérines, et cette rupture, *déjà très-commune dès le quatrième mois*, devient la règle dans le cinquième et le sixième, où l'avortement commence à se rapprocher par ses phénomènes de l'accouchement prématuré. Jusque vers le milieu de la grossesse, la division de l'œuf, l'écoulement du liquide amniotique, la sortie du fœtus, utiles à constater à d'autres points de vue, sont des actes d'une importance secondaire, considérés comme phénomènes du travail. Le phénomène capital est l'expulsion de l'œuf, entier ou divisé, et l'on peut dire, avec raison, que la femme qui avorte accouche d'un œuf; en un mot, que l'avortement tout entier n'est qu'une délivrance.» (1).

Si la question de l'intégrité ou de la division de l'œuf n'est qu'un phénomène accessoire pour les accoucheurs, au point de vue du mécanisme du travail, nous venons de voir que pour les médecins légistes elle a une importance capitale, au point de vue de la constatation des circonstances naturelles ou accidentelles qui ont présidé à l'avortement. Nous avons donc lieu d'espérer que cette question sera désormais étudiée avec plus de soin; mais, en attendant le résultat de ces recherches nouvelles, il nous paraît que les faits actuellement acquis à la science sont assez bien établis et assez concordants pour nous autoriser à penser que, si l'avortement qui nous occupe avait été naturel, nous aurions dû avoir l'œuf en entier. En tout cas, si

(1) Jacquemier. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. V, p. 555, art. AVORTEMENT.

une maladie du placenta avait déterminé la rupture de ses membranes, de façon à permettre l'expulsion séparée de l'embryon à une époque aussi peu avancée de la grossesse, nous trouverions, sur ce qui nous reste de l'œuf, des lésions de structure ou de tissu que nous y avons vainement cherchées, et nous n'aurions pas ce retournement du placenta sur lui-même, à travers un orifice étroit, retournement que je ne trouve indiqué par aucun auteur, comme pouvant se produire dans un avortement naturel, à deux mois, et qui témoigne, à nos yeux, de la lenteur et de la difficulté avec laquelle s'est opéré le décollement de cet œuf.

Voilà ce que nous donne l'anatomie seule; mais l'interrogatoire de la malade, tout incomplet qu'il ait été, puisqu'il ne nous a pas été permis de contrôler, par des témoignages contradictoires, les renseignements qu'il nous fournissait, vient encore éclairer la question. Je n'ai jamais pu, j'en conviens, arriver à un aveu, quelque pressantes et variées qu'aient été mes questions, car il s'agissait d'une femme dont la naïveté ne pouvait être surprise. Elle avait déjà eu un enfant et vivait, ne l'oublions pas, dans une maison de prostitution, où elle était employée comme domestique. Elle n'a pas ignoré sa grossesse, qui l'a fort désagréablement surprise, et elle n'a pas dissimulé l'ennui qu'elle lui faisait éprouver; c'est là un fait important et qui est établi de la façon la plus positive. Mais elle ne sait comment expliquer la terminaison prématurée de cette grossesse, terminaison si conforme à ses désirs. Elle l'attribue à la fatigue résultant de son travail; mais ce travail n'avait rien d'excessif; il n'a entraîné ni chute, ni contusion, ni aucun de ces accidents qui peuvent provoquer un avortement, auquel cette femme était d'autant moins prédisposée que sa santé antérieure était parfaite et qu'elle avait eu une première grossesse, menée à bon terme, dans les meilleures conditions possibles. Notons enfin qu'elle ne participait pas aux actes de débauche de la maison dans laquelle elle travaillait, et que, n'ayant de rapports qu'avec un seul homme, elle n'a pas été exposée à cette autre cause d'avortement qui résulte de l'abus excessif des rapprochements sexuels. La cause de cet avortement nous échappe donc, et c'est là, sinon

une preuve péremptoire, au moins une forte présomption qui nous empêche de le considérer comme naturel.

Les premiers symptômes surviennent vers le 5 ou le 6 du mois ; ils consistent en coliques, d'abord vagues, puis en perte de sang, succédant à un écoulement leucorrhéique, dont la malade dit avoir été affectée depuis l'époque où ses règles ont cessé de se montrer, c'est-à-dire depuis cinq semaines environ. Je m'arrête sur ce premier renseignement, pour faire remarquer combien il concorde peu avec l'examen de l'œuf que nous avons sous les yeux, et qui représente une grossesse, non pas d'un mois ou cinq semaines au plus, mais bien de deux mois au moins, peut-être même d'un peu plus. On s'explique, du reste, comment la malade a pu laisser passer, sans trop s'en préoccuper, la première époque de ses règles et attendre jusqu'à la seconde pour avoir la confirmation de sa grossesse et user des moyens auxquels elle a eu recours pour la faire cesser. Dès le lendemain, 7, les douleurs deviennent excessives, l'hémorrhagie augmente. Que fait la malade? Elle va, dit-elle, trouver un médecin ; mais, ce qui est bien significatif, elle ne peut nous donner ni le nom, ni l'adresse de ce médecin, ni nous indiquer le traitement qu'il lui a prescrit. « L'ordonnance était beaucoup trop compliquée, dit-elle, et je ne l'ai pas fait exécuter. » J'ai de la peine, je l'avoue, à admettre cette visite au médecin, et je croirais bien plutôt que là vient se placer l'intervention du, ou de la, complice qui a pratiqué les manœuvres abortives.

Mais, ce n'est pas tout : cette femme qui a des coliques violentes, compliquées de pertes de sang abondantes, qui se croit enceinte, et qui, par conséquent, doit redouter une fausse couche, non-seulement ne se soigne pas, par cette raison que le médecin lui a fait une ordonnance « trop compliquée », mais encore ne prend pas soin de regarder, ni de faire regarder dans les caillots qu'elle expulse. Elle ne sait s'ils renfermaient un embryon ou quelque chose d'extraordinaire. Elle n'a pas regardé, elle n'a pas vu ; mais lorsqu'elle s'est décidée à venir à nous, elle a eu soin de ne le faire qu'après l'issue de l'embryon ; et le placenta auquel cet embryon était attaché avait été tiré si violemment qu'il s'était retourné sur lui-même, à travers

la déchirure par laquelle le fœtus était déjà sorti. Elle n'a réclamé mes soins que le 10, trois jours après ces grandes douleurs, pour lesquelles elle a demandé cette consultation qu'elle n'a pas exécutée, sous prétexte qu'elle était «trop compliquée», et c'est seulement deux jours après qu'elle a rendu la seconde partie de l'œuf, celle que je viens de décrire, après l'avoir placée sous les yeux de la Société de médecine légale.

En vérité, à moins d'avoir été effectivement présent à tous les actes d'un avortement, il n'est pas possible d'y assister plus exactement et de les suivre avec plus de certitude qu'il nous est permis de le faire dans le cas actuel. Aussi, plus je réfléchis à toutes les circonstances qu'il m'a été permis de relater, plus j'acquiers, non-seulement la conviction, mais je dirai même la certitude absolue qu'il s'agissait là d'un avortement criminel.

De cette trop longue discussion, je demanderai la permission de tirer une conclusion pratique à l'adresse de la magistrature. Le crime d'avortement est un de ceux qui se multiplient sous ses yeux, sans qu'elle puisse le réprimer ni l'atteindre, et si elle s'est trouvée trop souvent désarmée, c'est que la science médicale n'a pas toujours pu l'éclairer, comme elle l'eût désiré, sur la matérialité même, de ce crime. Notre impuissance se prolongerait indéfiniment si nous devions rester toujours dans les conditions dans lesquelles les expertises sont habituellement faites, c'est-à-dire quand on n'a à se prononcer que d'après l'examen de la femme, vue plusieurs jours après son avortement. Lorsqu'il en est ainsi, non-seulement il n'est pas possible de reconnaître si l'avortement a été naturel ou provoqué, mais il est même, le plus souvent, fort difficile d'établir qu'il y a eu avortement, surtout si cet avortement s'est produit dès les premiers mois de la grossesse. Jusqu'à présent les médecins ont dit, et je répétais il y a peu de temps encore, au sein de la Société de médecine légale (1) : L'examen du fœtus est

(1) Gallard. *Rapport sur un cas d'avortement suivi de mort* (*Bulletin de la Société de médecine légale*, t. III, p. 205 et suiv.). Voyez aussi *Annales de Gynécologie*, t. I, p. 157.

nécessaire pour nous permettre d'éclairer la justice et encore, dans certains cas, peut-il avoir échappé à toute agression au moment des manœuvres abortives. « Lorsqu'il en est ainsi, nous ne connaissons absolument aucun indice que nous puissions recueillir, soit sur le corps de la femme, soit sur l'embryon ou le fœtus, alors même que ce dernier nous serait représenté, pour nous permettre non-seulement d'affirmer, mais même de supposer qu'il se puisse agir d'un avortement provoqué plutôt que d'un avortement spontané, survenu sous l'influence d'une cause morbide quelconque. » Le fait que je viens d'étudier me permet de sortir de cette réserve et de dire que l'examen de l'œuf doit permettre, beaucoup plus souvent que je ne le pensais alors, de reconnaître si son expulsion a été naturelle ou provoquée. Mais, pour pouvoir faire cet examen en temps utile, il est indispensable d'avoir la malade sous la main, non pas seulement dès les premiers jours, mais dès les premières heures qui suivent les pratiques abortives. C'est dire que la justice devra exercer une action prompte et rapide si elle veut obtenir de l'expertise médicale toutes les lumières qu'elle en doit attendre. Cette action peut s'exercer, du reste, beaucoup plus facilement qu'on ne pourrait le croire. Il suffit de ne pas attendre que la vie de la femme qui s'est fait avorter ait été mise en danger pour commencer une enquête. Les personnes qui se livrent à cette coupable industrie sont assez connues pour pouvoir être surveillées de près, et il doit être facile de les prendre, pour ainsi dire, en flagrant délit, en faisant subir un interrogatoire aux jeunes femmes qui sortent de chez elles, ainsi qu'à celles qui viennent de recevoir leur visite.

Comment il devra être procédé pour arriver à ce résultat? c'est ce que je ne saurais indiquer, et la solution de cette difficulté appartient au parquet. Mais je n'hésite pas à dire aux magistrats : si vous voulez voir apporter plus de certitude et plus de netteté dans la solution des problèmes si difficiles que vous nous posez, à propos des cas d'avortement, apportez de votre côté plus de promptitude et plus de décision dans la façon dont vous dirigez vos instructions. En un mot, si vous voulez

des rapports précis et concluants, donnez-nous, comme base d'appréciation, des enquêtes exemptes de toute lacune.

[Le mémoire qui précède a donné lieu, au sein de la Société de médecine légale, dans la séance du 13 août 1874, à une discussion, qui a été publiée dans les *Annales d'hygiène et de médecine légale*, auxquelles nous en empruntons la relation (1).]

M. GIRALDÈS demande la parole non pour contester le point médico-légal que la rupture de la membrane soit un signe des actes criminels. Il désire seulement attirer l'attention de la Société et de M. Gallard sur un point. On a parlé de la traction exercée sur le cordon. Or, il est difficile de tirer sur le fœtus, qu'on déchirerait. Il est beaucoup plus facile, à cette époque, de tirer sur l'œuf que sur le fœtus. M. Giraldès rappelle qu'on a dit avec raison qu'on n'examine pas assez les fœtus. M. Coste a étudié ces questions avec un grand soin et a démontré que le fœtus qu'on croyait très-jeune était souvent plus âgé qu'on ne le croyait. On n'a pas parlé dans la communication de la vésicule ombilicale; or, le développement de cette vésicule peut donner des indications importantes pour déterminer l'âge de l'embryon.

M. CHARPENTIER répond à M. Gallard. Il s'exprime en ces termes :

Messieurs, la meilleure manière de répondre à M. Gallard est de le suivre dans son mode d'argumentation et de discuter ses objections une à une. — M. Gallard, pour admettre, dans le cas actuel, un avortement provoqué par une main criminelle, se base sur deux ordres de faits, sur des considérations anatomiques, et sur des considérations d'ordre moral. Examinons successivement ces deux ordres de faits.

1° *Faits anatomiques.* — L'œuf qui vous est soumis, dit M. Gallard, est un œuf abortif de deux mois. Or, à deux mois l'avortement se fait en bloc, c'est-à-dire que l'œuf est expulsé intact, tandis que l'œuf qui vous est soumis présente une ouverture, à travers laquelle le placenta est sorti avec le cordon, — le placenta retourné de façon que sa face interne soit devenue externe et réciproquement. — Preuve, dit-il, que l'œuf a été perforé d'abord, puis, que l'on a tiré sur ce cordon ou sur le fœtus qui y était attaché et que le placenta s'est retourné sous l'influence des efforts de traction.

Je ne crois pas à ce fait, et voici mes raisons. Oui, il est vrai, dans l'avortement des deux premiers mois, la règle est que l'avortement se fasse en bloc, d'une seule pièce; mais cette règle n'est pas immuable et souffre de nombreuses, de très-nombreuses exceptions. Or, en sup-

(1) Voir *Annales d'hygiène et de médecine légale*, cahier du mois d'octobre 1874.

posant que nous soyons tombés ici dans l'exception, le fait s'explique de lui-même. L'avortement s'est fait en deux temps, c'est-à-dire que sous l'influence d'une cause quelconque, inconnue, comme cela arrive si souvent, l'œuf s'est rompu, le fœtus a été expulsé le premier et, vu son volume minime, a passé inaperçu. Puis, sous l'influence des contractions utérines, le placenta s'est décollé et est sorti le dernier, et ce retournement du placenta auquel M. Gallard attache une si grande importance est insignifiant, car il est la règle dans la délivrance à terme; sous l'influence des contractions utérines et du retrait de la matrice, le placenta se décolle par son centre, du sang s'accumule dans la cavité ainsi formée. contribue ainsi au décollement du placenta, qui finit par tomber dans l'orifice de la matrice, entraînant après lui les membranes qu'il retourne comme un doigt de gant, puisque les membranes recouvrent toute la surface utérine, tandis que le placenta s'insère ordinairement à la partie supérieure, au fond de l'utérus. — Eh bien, dans ce cas, il s'est passé un fait tout à fait analogue à ce qui a lieu à terme. — Le placenta inséré au fond de la matrice s'est décollé, sous l'influence des contractions utérines, et s'est engagé progressivement et en se retournant dans l'orifice des membranes, lentement, comme cela se fait dans l'avortement où le travail est toujours lent, mais en entraînant progressivement les membranes. — Rien donc là que de parfaitement admissible.

Mais, dit M. Gallard, la preuve que l'on a tiré sur le cordon, c'est qu'il est rompu et à une longueur qui correspond au niveau de l'ombilic de l'enfant.

Ceci est inadmissible. — En admettant, comme M. Gallard, que l'œuf n'ait que deux mois : — le cordon, à cette époque, est tellement faible, qu'il céderait au moindre effort de traction et qu'il lui serait impossible de résister. — Le cordon, en effet, ne commence réellement à se former qu'au bout du premier mois, et pour quiconque veut bien se rendre compte de la différence qui existe entre la force des adhérences du placenta à la matrice, à cette époque de la vie utérine, et la résistance du cordon, il est impossible d'admettre que ce cordon soit assez fort pour résister à des tractions capables d'amener le décollement du placenta et de le forcer de se retourner pour passer à travers l'orifice étroit des membranes et du col utérin.

A-t-on tiré sur le fœtus? Cela, à la rigueur, pourrait expliquer la rupture du cordon; mais comment un cordon assez peu solide pour céder aux efforts de tractions exercés sur le fœtus aurait-il pu résister à ceux, bien plus considérables, nécessaires pour décoller le placenta et l'entraîner? — M. Gallard, en objectant que le cordon qu'il vous présente est résistant et solide, oublie que la pièce macère depuis quatre mois dans l'alcool et que les conditions sont bien différentes aujourd'hui.

Mais, dit M. Gallard, le fœtus a été expulsé vivant, car, si les artères ombilicales examinées étaient vides de sang, la veine ombilicale en était remplie, — de plus, je n'ai trouvé sur le placenta aucune trace de maladie capable d'expliquer l'avortement; et la mère, malgré mon examen répété, n'a pu me montrer aucune trace de maladie ou de cause occasionnelle pouvant expliquer l'avortement.

Admettons pour un moment que l'embryon ait été expulsé vivant. Cela ne prouve pas qu'il y a eu manœuvre. Car, dans bien des cas, l'avortement se fait l'œuf étant vivant, sans que l'on puisse en trouver la cause, et on l'explique par la seule faiblesse des membranes. —Quant à ces caillots, à ces apoplexies du placenta, à ces dégénérescences que M. Gallard veut trouver, elles ne se produisent, en général, que plus tard, et lorsque l'œuf est malade, dans les premiers mois, les premières semaines de la grossesse, il subit des altérations d'un tout autre ordre. C'est en général entre la caduque et les villosités que se font les épanchements qui enveloppent alors l'œuf comme d'une gangue, pénétrant à travers les villosités encore mal réunies, quelquefois même jusque dans la cavité de l'œuf. — Mais ce n'est pas le cas ici. —L'œuf n'était pas malade, je l'admets. Le fœtus a été expulsé vivant, je l'admets; mais qui de nous ne sait combien, dans certains cas, il suffit d'une cause insignifiante pour déterminer un avortement dans les premiers mois, et cette cause, à la rigueur, ne peut-elle s'expliquer par le service pénible de cette femme, attachée comme domestique à une maison de tolérance, et exposée ainsi à des veilles prolongées et obligée, comme elle le dit elle-même, de monter à tout instant les étages de l'établissement. — M. Gallard insiste sur ce point, qu'il ne peut être question chez elle d'excès de coït; mais n'y a-t-il pas eu d'excès alcooliques? Je n'insiste pas sur ce point. Mais il en est un sur lequel M. Gallard n'a pas appelé votre attention et qui me paraît important, car il est à lui seul une des causes les plus fréquentes d'avortement. N'y avait-il pas chez cette femme d'ulcération utérine? M. Gallard n'a pas examiné la malade à ce point de vue; il y a donc là une lacune, et elle est profondément regrettable, dans ce cas en particulier.

Une autre erreur d'interprétation de M. Gallard, c'est quand il parle de la résistance des membaanes. — Oui, cette résistance est considérable, mais à terme ou dans les derniers mois de la grossesse; mais dans les deux premiers mois, au contraire, les membranes participent à la débilité générale de l'œuf, et cette faiblesse des membranes a été, au contraire, signalée par tous les auteurs, comme une des causes de l'avortement.

Enfin M. Gallard dit : On n'a pas retrouvé le fœtus, donc on l'a fait disparaître. — Messieurs, qui de nous ne sait combien, même dans

les familles les plus honorables, dans les cas où l'avortement se fait en deux temps, il nous est difficile de le retrouver, alors que nous le cherchons avec tout le soin possible, où la famille est prévenue qu'il faut mettre à part tous les linges, toutes les excrétions de la malade. Comment veut-il le retrouver chez une femme insouciante et peu soignée, comme l'a été sa malade? Sous l'influence d'une cause quelconque l'œuf s'est rompu ; le fœtus, qui à deux mois n'est tout au plus que de la grosseur d'un hanneton, mais qui est mou et n'offre aucune résistance, est passé au travers de l'orifice utérin, avec le liquide amniotique et a disparu ; puis, sous l'influence plus tardive des contractions utérines le placenta a été expulsé et est passé au travers de l'orifice utérin et a entraîné après lui les membranes, l'avortement se faisant dans ce cas comme la délivrance à terme, fait rare, il est vrai, à deux mois, mais dont il y a de nombreux exemples.

Mais si nous admettons que l'œuf était mort, cette disparition de l'embryon peut encore s'expliquer d'une autre façon, et il suffit de se rapporter à la thèse de Mr. le Dr Lempereur, pour voir qu'à deux mois l'embryon subit souvent une dissolution dans le liquide amniotique, le cordon seul résistant, et que dans des œufs intacts de cet âge on ne trouve plus trace d'embryon, mais que le cordon existe encore reconnaissable à l'existence de ses trois vaisseaux. L'absence de l'embryon que M. Gallard invoque n'a donc pour nous aucune valeur.

Je crois, Messieurs, avoir répondu aux objections anatomiques; voyons maintenant les preuves d'ordre moral.

Je crois qu'ici notre collègue a été entraîné par son imagination et que c'est la profession de la femme qui lui a donné l'idée d'un avortement provoqué.

La femme, en effet, est domestique dans une maison de tolérance. C'est un triste métier, sans doute, et qui donne une idée peu élevée de la moralité de la femme, mais de là à un crime il y a loin. De plus, cette femme a eu un premier enfant, qu'elle élève, dont elle s'occupe; et la deuxième conception ne peut, d'après son dire, être attribuée qu'au père du premier enfant. Assurément cela l'a contrariée, ennuyée de se revoir enceinte, mais de là à interrompre violemment cette nouvelle grossesse il y a bien des degrés.

Notre collègue ajoute : Mais, d'après ce que dit cette femme, elle a été consulter un médecin, dont elle ne se rappelle plus le nom ni l'adresse, qui lui a donné une ordonnance très-compliquée, et ce n'est que huit jours après qu'elle est venue à moi, m'assurant n'avoir pas fait l'ordonnance; et il veut en déduire que c'est ce médecin qui a fait faire la fausse couche. Messieurs, je ne vois là rien que de simple, et voici comme je me représente les faits.

Cette femme, qui soupçonnait sa grossesse, je le veux bien, mais qui, à deux mois, ne pouvait certes en avoir la certitude, a vu repa-

raître ses règles, après un retard de six semaines. Par une insouciance, une incurie dont nous avons des exemples tous les jours, elle ne s'en est pas occupée, et c'est probablement à ce moment que l'embryon a été expulsé. Quelle a été la cause primitive? elle nous échappe, il est vrai, mais elle échappe souvent, même dans les cas où les femmes sont à l'abri de tout soupçon. Puis, pendant trois ou quatre jours, la femme a perdu un peu de sang. Au bout de ce temps les douleurs, les contractions utérines sont survenues et le placenta a commencé à se décoller: de là recrudescence de l'hémorrhagie. La femme s'inquiète et va voir un médecin; Ordonnance; laquelle? nous l'ignorons; peut-être trop chère pour la malade qui, avec l'incurie de la classe ouvrière, laisse passer quelques jours; et alors, effrayée de voir son état s'aggraver, se rend chez M. Gallard, ou à l'hôpital, dans son service (POINT A ÉCLAIRER), où l'on constate qu'elle fait une fausse couche. Voilà très-probablement comment les faits se sont passés. Peut-on maintenant, de là, conclure à un avortement provoqué par une main criminelle, je ne le crois pas, et je crois que l'on peut poser les conclusions suivantes :

1° Si, dans les deux premiers mois, l'avortement en bloc est la règle, dans des cas encore assez nombreux il se fait en deux temps;

2° Dans le cas où l'avortement se fait en deux temps, l'expulsion du placenta peut se faire dans les conditions de la délivrance à terme, c'est-à-dire que le délivre peut sortir en pénétrant dans l'ouverture des membranes et en entraînant après lui les membranes, qui se retournent alors comme un doigt de gant;

3° La perforation de l'œuf, l'absence du fœtus, le défaut de lésions du côté du placenta ne sont pas des preuves suffisantes, dans ce cas, qu'il y a eu avortement provoqué;

4° La profession exercée par la femme en question, si déplorable qu'elle soit, et quelque idée qu'elle donne de sa moralité, ne suffit pas à faire croire à un avortement provoqué;

5° Enfin, les renseignements fournis par la femme, si incomplets qu'ils soient, suffisent pour faire admettre qu'il y a eu, dans ce cas, avortement naturel, avortement, il est vrai, qui s'est présenté un peu en dehors des règles habituelles, mais dans des conditions qui ne sont pas assez extraordinaires pour faire admettre, avec certitude, la possibilité d'un crime.

M. Gallard demande à M. Charpentier de vouloir bien lui dire, puisqu'il a vu deux œufs provenant d'avortements, s'il a trouvé une ouverture et s'il y avait eu retournement en doigt de gant du placenta.

M. Charpentier répond que les avortements dont il a parlé étaient réguliers et que, par conséquent, il n'y avait eu ni retournement du placenta ni ouverture.

M. Gallard. — Cette réponse de M. Charpentier a son importance; elle prouve au moins que l'avortement dont il s'agit est irrégulier, et s'est produit dans des conditions qui ne se rencontrent pas habituellement; ce n'est donc pas seulement par un effort de mon imagination que je suis arrivé à reconnaître la nécessité de trouver la véritable cause de cette irrégularité. Cette nécessité ne frappe pas M. Charpentier, et il me paraît véritablement trop facile à satisfaire lorsque, après avoir reconnu que, pendant les premières semaines, l'avortement naturel se fait en un seul temps, et que l'œuf est expulsé en bloc, il se contente d'ajouter, qu'il n'est pas rare de voir les choses se passer autrement, et que les exceptions sont nombreuses, très-nombreuses même. Si les exceptions sont tellement nombreuses, pourquoi ne nous en a-t-il cité aucune? pourquoi n'a-t-il pu nous montrer un seul fait bien avéré d'avortement parfaitement naturel à deux mois, dans lequel l'embryon aurait été expulsé d'abord, puis le placenta serait venu ensuite se retourner, comme il le fait à la fin de la grossesse. J'ai cherché vainement la relation d'un tel fait, que je préférerais à toutes les déclarations de M. Charpentier, fussent-elles cent fois plus affirmatives encore. Il est vrai que, confondant, involontairement sans doute, ce qui se passe aux diverses époques de la grossesse, quand j'ai pris si grand soin de le distinguer, il nous montre comment le placenta se retourne après un accouchement à terme. Mais ce n'est pas là ce dont il s'agit, quoique cependant il soit bon de ne pas oublier que les tractions exercées sur le cordon ne sont pas, même alors, absolument étrangères à ce retournement. Ces tractions, quoi qu'il en dise, ont été évidentes dans le fait qui nous occupe. Je ne tiens pas à établir qu'elles ont été faites par une main ou une pince qui aurait saisi le fœtus, quoique cela ne soit pas impossible; mais la progression de ce dernier, descendant à travers le col, pour gagner le vagin au moment de son expulsion, sous l'influence des contractions utérines, a suffi pour attirer le placenta, le décoller et le faire se retourner, en doigt de gant, à travers l'ouverture, que je soutiens avoir été produite artificiellement aux membranes; ce qui, dans le cas actuel, n'a pu être que le résultat d'une manœuvre criminelle. Je maintiens que cette ouverture a été faite artificiellement, et que cordon et membranes avaient une résistance qui excluait toute idée d'une altération morbide quelconque, sous l'influence de laquelle cette double rupture aurait pu se produire spontanément, et je m'étonne que notre jeune collègue croie utile de me faire observer, qu'après quatre mois de macérations dans l'alcool, elles ont acquis une consistance qu'elles n'avaient pas à l'état frais. Est-ce qu'il a pu lui venir à l'esprit de supposer que je ne les ai pas examinées à l'état frais, ou que, les ayant alors vues, avec tout le soin désirable, je n'aurais pas été capable de reconnaître l'altération pathologique qu'elles auraient

pu présenter ? On serait tenté de croire que son imagination a pu s'égarer dans cette voie, en le voyant me faire un autre reproche qui pourrait avoir quelque portée s'il s'adressait à un observateur novice et inexpérimenté, mais qui, je l'espère, ne saurait m'atteindre. Il a cru, en effet, pouvoir se permettre cette réflexion : « N'y avait-il pas « chez cette femme d'ulcération utérine ? M. Gallard n'a pas examiné « sa malade à ce point de vue. Il y a donc là une lacune profondément « regrettable. » Pour combler cette lacune, il lui aurait suffi, non pas de m'écouter, mais de s'écouter lui-même, car, moins de deux minutes avant de prononcer la phrase que je viens de rappeler ; il disait en propres termes : « Mais, dit M. Gallard, le fœtus a été expulsé vivant « et de plus *la mère, malgré mon examen répété, n'a pu me montrer « aucune trace de maladie ou de cause occasionnelle pouvant expliquer « l'avortement.* »

Je n'insiste pas... et je dis, pour me résumer : le fœtus était vivant, toutes les membranes de l'œuf étaient saines et résistantes, la mère n'avait aucune maladie qui pût expliquer l'avortement, donc cet avortement n'a pas été naturel. En raisonnant ainsi, je suis d'accord avec M. Tardieu, pour qui tout avortement est suspect, si, à défaut d'un traumatisme bien avéré, il ne peut s'expliquer ni par une maladie de la mère, ni par une maladie de l'œuf.

M. Charpentier fait observer que M. Gallard insiste sur la résistance des membranes. M. Charpentier convient qu'elles peuvent être très-résistantes, mais à la fin de la grossesse et non au commencement. Or, à deux mois et demi, les membranes sont très-minces et il peut très-bien se produire des ruptures spontanées. M. Gallard, au contraire, admet que les membranes présentent une assez grande résistance à cette époque. Du reste, l'âge de la grossesse est difficile à déterminer ; mais, au point où en est la discussion, l'âge importe peu ; car, soit que l'œuf ait six semaines, ou qu'il ait deux mois, le cordon est tellement mince que toute traction est impossible.

M. Gallard cherche à tirer une conclusion pratique de cette discussion. On a développé les arguments pour et contre. Il reste une question à résoudre, sur laquelle repose toute la difficulté et qui repose tout entière elle-même sur l'ignorance où l'on est des conditions que présentent les œufs abortifs, pendant les trois premiers mois de la grossesse. Il propose, en conséquence, de désigner une commission qui serait chargée d'étudier cette question : cette commission pourrait être composée de MM. Charpentier, Hemey et Liouville.

Cette proposition est adoptée, et la Commission ainsi composée est chargée de recueillir tous les documents propres à éclairer la question de savoir quelle est la constitution anatomique des œufs abortifs, pendant les premiers temps de la grossesse.

DE LA LÉSION ET DE LA MALADIE

DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES

DU SYSTÈME UTÉRIN

Par le Dr Emile Tillot,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-Inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau.

Centre de la vie de reproduction, centre de la vie pathologique de la femme, siége réel ou sympathique de ses souffrances, qu'il les reflète ou qu'il les cause, l'utérus exerce dans son existence physique et morale la plus puissante influence. Cette double destinée a toujours beaucoup occupé les philosophes et les médecins, qui voient dans cet organe un objet intéressant d'études toujours nouvelles : aussi, depuis les temps les plus anciens, tous les savants se sont-ils efforcés d'analyser les fonctions et les souffrances de la matrice. Notre siècle, plus que tous les autres, a fourni déjà largement son contingent de travaux à la pathologie utérine et c'est avec une ardeur inquiète et curieuse que les praticiens de notre époque se sont mis à exploiter le domaine de la médecine de l'utérus. Les monographies surgissent, les traités spéciaux se succèdent sans interruption; mais, à mesure que le terrain se déblaie, que la lumière pénètre dans les coins les plus obscurs du sujet dont nous nous occupons, les idées générales disparaissent; notre génération est essentiellement analyste, et les détails l'entraînent souvent dans des recherches qui sentent la subtilité. J'ai tâché, dans ce mémoire, d'éviter ce défaut que l'on peut reprocher à beaucoup de nos contemporains, en me proposant d'étudier l'étiologie des affections de la matrice. Non satisfait des explications fournies par nos auteurs classiques sur la chronicité presque fatale des maladies de cet organe, j'ai voulu chercher si dans l'état général je n'en trouverais pas la raison; et dût cette recherche être frappée à l'avance de cette stérilité dont l'a menacée un gynécologiste distingué de notre époque, je viens apporter au lecteur le résultat de mes observations et de mes réflexions sur un sujet qui m'intéresse en raison même de son obscurité,

et malgré le peu de faveur que rencontrent les questions de pathologie générale (1). Je ne puis à cet égard mieux faire que de reproduire les paroles si substantielles d'un éminent professeur de clinique de Paris : « En m'avançant ainsi sur le terrain mal assuré des diathèses ou des dyscrasies qui préludent à leurs expressions classiques, je ne me suis dissimulé ni les côtés hasardeux, ni le discrédit de ces tentatives ; je n'ignore pas combien notre époque a peu de sympathie pour ce genre de recherches. Le pronostic du médecin s'arrête plus volontiers aux événements de la maladie ; il se plaît à envisager la lésion comme une sorte de produit parasitaire qui a ses lois propres, indépendant du terrain où elle se développe ; ma ferme croyance est que la prévision médicale doit embrasser l'homme tout entier et qu'attendre la maladie n'est pas un moindre savoir que calculer le lendemain de la maladie. » (2).

CHAPITRE PREMIER.

DES AFFECTIONS CHRONIQUES EN GÉNÉRAL.

> Il n'y a pas de maladies locales, il y a des maladies localisées. (N. Guéneau de Mussy.)

Prenant le mot *affection* dans son sens étymologique, nous désignons ainsi toute condition anormale des organes ; elle est

---

(1) Depuis que ces lignes, qui servaient de préface à ma thèse de doctorat (1860), ont été écrites, les idées que j'avais sur la genèse des affections chroniques de l'utérus, loin de se modifier n'ont fait que s'affermir, et j'ai été heureux de voir que les ouvrages de gynécologie qui ont paru depuis 1860 semblent accuser une tendance beaucoup plus généralisatrice que leurs prédécesseurs. Le Dr Gallard, en m'offrant de publier les idées déjà émises par moi à la fin de mes études médicales, m'a mis à même de mieux étudier mon sujet et de lire avec soin tous les nouveaux ouvrages si bien faits pour la plupart, qui ont paru depuis une douzaine d'années (sur les maladies utérines) ; aussi, je remercie doublement le savant médecin de la Pitié de l'hospitalité qu'il veut bien m'accorder dans son journal. J'espère que cette nouvelle étude complètement remaniée et pourvue d'observations nouvelles aura quelque chance d'intéresser les lecteurs qui s'occupent des problèmes de pathologie générale, aussi bien que ceux qui étudient les affections utérines en particulier.

(2) Lasègue. *Traité des angines*, Introduction.

caractérisée par des *lésions* et des symptômes, et tantôt seulement par des lésions ou par des symptômes. La *lésion*, c'est l'altération matérielle des organes. La *maladie* est considérée par nous « comme un état accidentel et contre nature de l'homme qui produit et développe un ensemble de désordres fonctionnels ou organiques, isolés ou réunis, simultanés ou successifs. (1).» La *maladie* suppose une évolution, une scène morbide complète. Ces définitions empruntées à un de nos maîtres suffisent pour faire connaître au lecteur quelles idées nous attachons aux mots placés en tête de ce travail.

Nous proposant d'étudier ici un certain ordre d'affections chroniques, il nous paraît utile de rappeler avant tout quelques notions de pathologie générale concernant les affections chroniques, et d'exposer, le mieux que nous pourrons, les idées que nous nous faisons sur leur origine et leur nature. « La connaissance des maladies chroniques, dit Dumas, est l'objet le plus digne de notre attention; elle embrasse tout ce que la médecine offre de plus vaste et de plus élevé, » (2) et cependant leur étude a peu préoccupé les médecins en général; depuis plusieurs années, il est juste de dire qu'elle a inspiré des travaux très-précieux et que nous avons consultés avec grand fruit. Les recherches sur les affections des centres nerveux, sur les dermatoses et sur les affections chroniques des organes thoraciques et de ceux de la cavité abdominale prouvent bien l'importance et l'intérêt qu'on trouve à étudier les affections chroniques.

En remontant dans les anciens auteurs, c'est à peine si l'on trouve la division des maladies en chroniques et en aiguës, à l'exception de Galien, d'Arétée et de Cœlius Aurelianus.

Galien semble avoir voulu indiquer cette distinction, lorsqu'il divise la grande famille des inflammations en récentes et en invétérées (3). Arétée et Cœlius Aurelianus ont placé les affections chroniques dans des chapitres différents de ceux des

---

(1) Bazin. Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse, p. 4.

(2) Dumas. *Doctrine des maladies chroniques.*

(3) Galien. *De cura rat. per venæ sectionem.*

maladies aiguës, mais sans avoir l'air d'y attacher d'autre importance,

Sydenham, qui voulait publier un traité complet des maladies chroniques, exprime ainsi le regret qu'il éprouve de ne pas trouver de renseignements sur cette partie si intéressante de la médecine : « Les auteurs, si on en excepte le grand Hippocrate et un très-petit nombre d'autres, ne me fournissent presque aucun secours dans la route inconnue où je dois marcher, et qui est toute semée de ronces et d'épines. »

La distinction bien tranchée que Sydenham établissait entre les deux ordres d'affections fut conservée par Bordeu, Tissot et Dumas ; et les travaux de différents auteurs en particulier, tels que Lorry, Barthez, Hufeland, Baumès, Baudelocque, Lugol, etc., ajoutèrent de nouveaux matériaux à l'histoire des maladies chroniques, qui s'éclaircirent beaucoup des recherches faites sur les diathèses et les vices des humeurs.

Le rôle important des diathèses est indiqué dans les écrits d'un médecin qui n'est pas aussi connu qu'il mérite de l'être. « On voit assez constamment le virus dartreux, l'arthritique, le scorbutique et le vénérien dès qu'ils viennent à se déplacer et à se jeter sur les parties intérieures y agir en irritant et en enflammant. Quelquefois ces inflammations sont vives et rapides, mais plus souvent elles opèrent leurs engorgements d'une manière lente ou plus ou moins obscure. » (1). Dumas admet aussi l'existence d'un principe dartreux au nombre des éléments spécifiques des maladies chroniques, et le distingue du principe goutteux, rhumatismal et scrofuleux (2).

Mais la séparation capitale établie entre la forme aiguë et la forme chronique des maladies ne tarda pas à disparaître, et maintenant cette distinction n'est plus conservée dans les traités classiques ; car si l'on y décrit à part certaines affections chroniques et quelques diathèses, d'une manière générale, on ne voit dans les maladies chroniques que des maladies aiguës, prolongées par suite de l'insuffisance du traitement ou par la faute du malade.

(1) Pujol. Œuvres de médecine pratique, t. I, p. 71.

(2) Dumas. *Loc. cit.*

Que l'on ouvre un traité quelconque de pathologie, on y trouve écrit, à propos de n'importe quelle inflammation : elle peut se terminer par la résolution, la suppuration, ou le passage à l'état chronique.

Suis-je le seul à protester contre cette confusion? N'y a-t-il réellement entre l'affection aiguë et l'affection chronique qu'une différence de temps? Les citations qui suivent répondront pour moi.

« A son début, telle maladie présente une marche aiguë, puis à un certain moment, cesse de suivre ses périodes régulières, elle stationne, devient chronique, c'est qu'une influence se joint à la première, le rhumatisme, l'herpétisme, etc. (1).

« Jamais d'après M. Pidoux, une affection ne devient chronique que si elle s'établit chez un sujet prédisposé, ou en vertu d'une diathèse. L'affection aiguë est la maladie de l'espèce; la chronique est celle de l'individu. Les maladies aiguës frappent les populations, sont endémiques, épidémiques; jamais les affections chroniques ne frappent que des individus.

« Les diathèses jouent dans l'étiologie des maladies chroniques un rôle dominateur. » (2).

« Les maladies aiguës ne sont pas propres à l'individu, elles n'ont pas en lui leur racine, leur raison d'être; elles l'atteignent, il est vrai, mais d'une manière transitoire. Par opposition, les maladies chroniques et organiques trouvent leur origine dans l'individu; elles dépendent de la constitution intime de ses tissus et de sa manière de fonctionner. Aussi, en réalité, les maladies chroniques sont-elles à peu près les seules franchement héréditaires (3).

« Les maladies chroniques naissent presque toujours chroniques d'emblée; les maladies dites aiguës ne sont souvent que la première période apparente d'une maladie chronique ou l'un des accidents d'une maladie chronique constituée. Les maladies chroniques puisent presque toujours leur origine dans

(1) L. Gaillard. *Essai sur les familles pathologiques.*
(2) Guéneau de Mussy. *Traité de l'angine glanduleuse.*
(3) V. Racle. *Traité du diagnostic médical*, 2e édition.

des conditions générales de l'organisme plus ou moins appréciables à nos sens et dépendant de changements profonds, lentement développés dans l'harmonie indispensable à la marche régulière normale de la vie ; parmi ces changements, il en est qui constituent les diathèses, il y a ensuite les constitutions qui sont aux diathèses ce que les constitutions médicales sont aux épidémies. » (1).

« Il y a des maladies que nous avons, ce sont les maladies aiguës, et des maladies qui nous ont, ce sont les maladies chroniques.» (2).

Cette idée avait déjà été émise par Sydenham disant que c'était Dieu qui nous affligeait des maladies aiguës et que nous étions nous-mêmes les auteurs des maladies chroniques : « Les maladies chroniques sont dues à un vice dans le système entier des solides et des fluides ou à une altération organique.» (3).

Pour nous résumer, nous considérons avec beaucoup d'écrivains une affection chronique comme une affection caractérisée, non par la persistance des phénomènes morbides pendant un temps plus long qu'il ne faut d'habitude pour la guérison de cette affection, mais par des symptômes d'apparence subaiguë ou même aiguë et tendant fatalement à la chronicité, parce qu'elle éclate chez un individu en proie à une diathèse ou dont la constitution est minée par l'effet d'une cause générale permanente.

Le Dr Jaumes considère la diathèse comme un tempérament pathologique remarquable par sa durée et sa reproduction. C'est pour le Dr Isambert « un effet à longue échéance qui pourra ne pas être présenté pendant la vie tout entière de celui qui l'a souscrit, mais qui sera réclamé à ses héritiers » (4). « Le propre

---

(1) Durand-Fardel. *Traité des maladies chroniques*, t. I.

(2) Guigneau. Rapport sur des mémoires envoyés en 1866 au concours de la Société de médecine de Bordeaux sur l'herpétisme, in *Union médicale* de la Gironde, 1866.

(3) Poilroux. *Mémoire sur les maladies chroniques.*

(4) Isambert. *Parallèle des maladies locales et générales.* Thèse de concours pour l'agrégation.

de la diathèse, dit M. Sée, c'est de se développer spontanément, indépendamment des circonstances extérieures ou sous l'influence de l'hérédité » (1).

Le Dr Jaumes assimile la diathèse aux plantes vivaces dont la tige meurt chaque année, après avoir porté fleurs et fruits, mais dont la racine reste pleine de vie dans le sol, et l'année suivante donne de nouvelles fleurs et de nouveaux fruits (2).

M. Bazin établit une grande distinction entre la maladie constitutionnelle et la diathèse, celle-ci serait caractérisée par la formation d'un seul produit morbide, pouvant avoir son siége indistinctement dans tous les systèmes organiques ; exemple : diathèse tuberculeuse, purulente, etc. (3).

M. Gintrac paraît être du même avis lorsqu'il divise les diathèses en deux grandes catégories, diathèses monogéniques et diathèses polygéniques, c'est-à-dire à manifestations multiples, mais se succédant toujours dans un certain ordre. Le premier groupe comprend un nombre indéterminé de divisions, chaque maladie étant susceptible de se généraliser ; dans le second groupe se placent la scrofule, la syphilis, l'arthritis, l'herpétisme et le cancer. Quant aux diathèses du premier groupe, pour les admettre il faut plusieurs manifestations locales ; les secondes, au contraire, se décèlent dès la première apparition de leurs effets. Nous croyons cette distinction très-bonne, mais, dans tout le cours de ce travail, nous désignerons simplement par le mot *diathèse*, les maladies constitutionnelles ou les diathèses polygéniques de M. Gintrac. Laissant de côté les diathèses syphilitique tuberculeuse et cancéreuse dont tout le monde reconnaît l'existence, nous allons tâcher de prouver qu'il y a d'autres diathèses qui jouent un très-grand rôle dans la genèse des maladies chroniques.

M. Pidoux n'admet que trois maladies capitales : la scrofule, l'arthritisme et la syphilis; les affections ultimes sont plus nombreuses ; entre ces deux grandes catégories vient se placer l'her-

(1) Sée. *Leçons de physiologie*, in *Gazette des hôpitaux*, 1865.
(2) Jaumes. *Diathèses et affections diathésiques*, in *Montpellier médical*,
(3) Bazin. *Leçons sur la scrofule.*

pétisme, vaste cadre où sont rangées les maladies cutanées, le névralgies, les névroses, les dyspepsies. Nous allons dire quelques mots sur chacune de ces maladies capitales, en laissant de côté la syphilis et en terminant par l'herpétisme :

1o *De la scrofule*. — Si tout le monde reconnaît à la scrofule la possibilité de faire apparaître des tumeurs ganglionnaires, des ulcères ou quelques dermatoses, son influence sur les muqueuses ou sur les viscères est-elle aussi bien admise? Sans entrer ici dans de longs détails, nous suivons les errements d'un nos illustres maîtres dont le traité sur la scrofule fait maintenant autorité, et nous rattachons à la diathèse scrofuleuse beaucoup d'affections que d'autres médecins attribuent au lymphatisme. Le mot de scrofule paraît pénible à prononcer; il éveille toujours une idée triste en rappelant ce cortége d'affections qui déforment la face, laissant après elles des stigmates honteux aux yeux du monde. Aussi bon nombre de praticiens, comme le public, appellent-ils lymphatisme ce que M. Bazin range dans le premier degré de la scrofule, c'est-à-dire les manifestations les plus superficielles de cette diathèse. Cette antipathie apparente tient aussi, peut-être, à d'autres causes, par exemple, à la difficulté que l'on éprouve quelquefois à distinguer la scrofule à son premier degré. « Cet état, dit Bordeu, si utile à traiter est aussi le plus difficile à reconnaître, parce qu'il n'a pour caractère que des signes peu prononcés, à savoir la pâleur, la grosseur des lèvres, la maigreur ou la faiblesse, des fluxions aux yeux ou aux oreilles, mais les glandes sont sèches, maigres et un peu dures. » Lugol dit la même chose : « La complexion scrofuleuse peut être méconnue parce qu'elle est fort peu prononcée et que les individus ont d'ailleurs de bons éléments d'organisation qui masquent longtemps la disposition morbide avec laquelle ils sont nés. Les belles apparences de la santé chez un certain nombre de scrofuleux forment contraste avec quelques-uns des signes de la scrofule ; la pupille est trop dilatée, il y a un léger épiphora, des orgelets sur les paupières, un coryza habituel, des engelures rebelles, la bouche en ogive, les dents blanches, mais trop longues et trop

serrées, le col est trop gros en avant, les maux de gorge fréquents. Il y a des sueurs partielles d'une odeur pénétrante, des cheveux rares, mal nourris, trop secs, il existe une *leucorrhée* habituelle, souvent *dysménorrhée,* rarement *menstruation régulière*, » (1). La majorité des médecins considère la scrofule comme représentée exclusivement par les écrouelles, des affections osseuses et le lupus. Cette remarque est encore dans Bordeu : « Les tumeurs des glandes sont un des signes les plus ordinaires de la scrofule, bien des gens paraissent s'attacher à celui-là et semblent croire qu'il caractérise uniquement la maladie. » D'un autre côté, l'opinion qui rattache au tempérament lymphatique les manifestations bénignes de la crofule ne tient-elle pas une croyance erronée ? Beaucoup de scrofuleux sont d'un tempérament bilieux ou sanguin : une seule circonstance justifie peut-être la création du terme lymphatisme, c'est que les scrofulides bénignes exsudatives de M. Bazin étant le plus souvent l'apanage de l'enfance, période dans laquelle le tempérament lymphatique existe toujours plus ou moins prononcé, on a pris pour cause une circonstance purement accessoire.

2° *De l'arthritis.* — Avant Baillou on entendait par arthritis la goutte et le rhumatisme confondus ensemble. Depuis cet auteur, on a scindé ces deux genres d'affections, qui plus tard, ont été réunies totalement ou considérées comme presque congénères par beaucoup d'écrivains distingués.

L'arthritis est une des maladies capitales de M. Pidoux. Pour Stoll elle joue dans la pathologie un rôle des plus importants, et reprise avec son ancienne dénomination par M. Bazin, elle est regardée par lui comme une des maladies constitutionnelles, qui tiennent sous leur dépendance un grand nombre d'affections cutanées et diverses maladies d'autres organes. Considérant avec M. Pidoux cette diathèse comme un tronc unique d'où partent deux branches divergentes, la goutte et le rhumatisme, nous nous demandons si l'on ne peut pas admettre que la diathèse-mère va se manifester sur certains organes, la peau

(1) Lugol. *Recherches sur les causes de la maladie scrofuleuse*, p. 35.

ou l'utérus, par exemple, sans que ses manifestations soient, à proprement parler, du rhumatisme ou de la goutte, mais des affections arthritiques, c'est-à-dire ayant un cachet spécial.

Le Dr Allard envisage l'arthritis comme s'accusant par deux formes symptomatiques : le rhumatisme et la goutte. « Cette solution de la question, dit-il, des rapports du rhumatisme et de la goutte est la seule qui ne soulève pas d'objections sérieuses, car il n'est pas plus possible de séparer complètement la goutte du rhumatisme que de les confondre. » A ce propos, le savant hydrologue établit un rapprochement qui nous paraît fort ingénieux : « Les récents travaux des syphiliographes ne tendent-ils pas, eux aussi, à montrer deux manifestations dans la syphilis? » (1).

On est tellement habitué à considérer la goutte et le rhumatisme comme des affections articulaires ou musculaires, que dès qu'on parle de manifestations viscérales de l'arthritis, on provoque la méfiance ; cependant les déviations de l'arthritis ont été admises par de grands cliniciens. Pour Stoll un bon signe de l'arthritis, c'est la métrorrhagie ou plutôt la prolongation des règles pendant vingt jours. M. E. Gintrac reconnaît qu'une affection viscérale est arthritique : 1° à ce qu'une attaque antérieure peut n'être pas entièrement terminée ; 2° douleurs articulaires coïncidant ou alternant avec l'affection antérieure ; 3° celle-ci se manifeste surtout à l'époque de l'année où la goutte se montre ; 4° elle a lieu subitement ; 5° elle s'accompagne souvent soit de troubles digestifs, soit de douleurs lombaires profondes, et de sédiment dans les urines.

L'arthritis se manifeste souvent, d'après M. Bazin, chez ceux qui ont été scrofuleux dans l'enfance, et elle existe seule ou bien associée à la scrofule.

Pour Hufeland : « On reconnaît la cause goutteuse aux parents, à des douleurs vagues, au soulagement produit par la sueur, aux influences barométriques ; un bon signe, c'est l'engourdissement local éprouvé par le malade sur un endroit borné

(1) Allard. *De l'arthritis des viscères*, in *Annales d'hydrologie*, t. VII.

de la peau ; il lui semble avoir de la fourrure ou de la laine appliquée sur cette place. »

Je rappelle ici cette définition que M. Bazin donne de l'arthritis : « Maladie constitutionnelle non contagieuse, caractérisée par des manifestations variées sur divers systèmes organiques, et spécialement par des affections de la peau, des manifestations articulaires et la tendance à la formation d'un produit morbide particulier, le tophus. » M. Bazin indique dans les prodromes de l'arthritis des signes qu'on est habitué à rattacher à la pléthore : « Prédisposition aux congestions céphaliques, tendance aux fluxions dentaires et flux sanguins tels que épistaxis, flux hémorrhoïdaires, ménorrhagies. » Ce qui caractérise les lésions viscérales de l'arthritis, c'est la prédominance de l'élément congestif et la tendance aux hémorrhagies. M. Bazin rattache aussi à l'arthritis les cancers du foie, de la vessie et de l'utérus.

En résumé, les caractères principaux de cette maladie constitutionnelle sont pour cet illustre maître les suivants : 1° non-contagion ; 2° causes occasionnelles particulières et spécialement les variations de température ; 3° prédominance de l'élément congestif ; 4° picotements, fourmillements et élancements ; 5° tendance à la guérison ; 6° balancement ou alternance des affections cutanées avec les affections articulaires ou viscérales ; 7° tendance à la production du tophus ; 8° efficacité des préparations alcalines.

M. N. Guéneau de Mussy, sans partager entièrement les idées de M. Bazin au sujet de l'arthritis, reconnaît que la goutte et le rhumatisme partent d'un principe commun auquel il donne le nom d'arthritisme et qui joue un grand rôle dans les affections chroniques ; l'arthritisme d'après ce médecin distingué a pour type la goutte franche, mais chez les goutteux et leur race, on voit alterner et coïncider avec cette manifestation typique des accidents très-divers, comme névrose, hypochondrie, asthme, névralgies, migraines, gastralgie, comme aussi des maladies cutanées, beaucoup d'affections des muqueuses se traduisant par des catarrhes, ou bien des productions morbides comme les gravelles biliaire et urinaire. « On peut, dit M. Guéneau de Mussy, concilier les opinions contradictoires sur les dif-

férences profondes et les affinités du rhumatisme et de la goutte, en admettant que le rhumatisme est un état morbide accidentel provoqué par l'impression offensive des agents extérieurs, que les races goutteuses y sont particulièrement disposées » (1). Sur 18 rhumatisants observés par le clinicien distingué que nous citons, 14 avaient des antécédents goutteux : asthme, névralgies, douleurs vagues, erratiques, des crampes, des varices, des hémorrhoïdes, etc.

Après avoir énuméré rapidement les opinions des plus illustres défenseurs de l'arthritis, nous allons étudier une autre diathèse qui a donné lieu également à bien des discussions.

3° *De l'herpétisme.* — Voici une dénomination bien vague, bien controversée, destinée à exprimer un état morbide de l'organisme difficile à délimiter et à circonscrire. Pour les gens du monde, c'est la traduction du vieux mot dartre, c'est-à-dire maladies de peau ; si, pour beaucoup de médecins il a aussi cette signification, il a pour d'autres une acception bien plus étendue, et bon nombre d'auteurs reviennent aux idées que les anciens avaient émises sur le vice dartreux que Poupart considérait comme un véritable protée, susceptible de prendre toutes les formes et de se porter sur tous les organes (2).

Le savant Lorry a le premier donné un tableau assez complet de la dartre, qui, dit-il, ne se borne pas à produire des maladies de peau (3). « Oculorum plerosque morbos ad herpetum naturam esse revocandos, scilicet morbi dantur via herpetica qui nihil ad cutem demonstrant, et quorum tamen natura vere herpetica demonstretur. »

Dumas (4) admettait la présence d'un élément dartreux au

(1) N. Guéneau de Mussy. *Clinique médicale*, p. 319.

(2) L'herpétisme a été l'objet de travaux très-importants, surtout dans ces dernières années ; il nous suffira de rappeler ici les savants ouvrages de MM. Fontan, Guéneau de Mussy, Pidoux, Gigot-Suard. Nous avons eu aussi l'occasion de consulter avec grand profit un mémoire sur l'herpétisme, couronné en 1869 par la Société médicale de Bordeaux, et dont l'auteur, le Dr Caisso, exerce à Montpellier.

(3) Lorry. *Tractatus de morbis cutaneis.*

(4) Dumas. *Mal. chroniques.*

nombre des éléments des maladies chroniques; depuis Alibert, on reconnaît assez généralement l'existence d'un principe morbide qui préside à la formation des dartres; c'est à ce principe que Fontan a donné le nom d'herpétisme. Que ce soit un principe spécial, une diathèse, ou, comme le veut le Dr Gigot-Suard, un empoisonnement de l'organisme par lui-même, c'est-à-dire par les déchets de la nutrition, ou bien encore, comme le pense M. Pidoux, un groupe morbide intermédiaire aux maladies capitales et aux maladies ultimes, l'herpétisme a une existence généralement acceptée aujourd'hui; il suffit de nommer parmi les médecins qui admettent ce principe, MM. Baumès, Monneret, Gintrac, Pidoux, Guéneau de Mussy et surtout M. Bazin, qui a rangé dans l'herpétisme un grand nombre d'affections cutanées; il faut citer aussi M. Hardy, bien qu'il n'ait pas adopté le nom nouveau et ait conservé l'ancienne dénomination de dartres.

Sans attacher trop d'importance aux définitions, rappelons seulement ici celle donnée par M. Bazin : « L'herpétisme est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, non inoculable, qui se traduit par des affections spéciales sur la peau, les nerfs et les viscères et qui est principalement caractérisée par la ténacité, l'invasion progressive et les récidives fréquentes des manifestations cutanées. » Pour M. Bazin, la constitution herpétique est bien différente de l'arthritique. « L'herpétique a un tempérament bilieux et mélancolique, il est habituellement maigre, il a la peau d'une sécheresse remarquable, il est souvent atteint de calvitie prématurée, il est irascible et porté à la mélancolie; la prédisposition herpétique s'accuse encore par des névroses diverses : la gastralgie ou d'autres névralgies, la migraine franche, et par l'apparition très-facile d'affections pathogénétiques. »

Les déviations de l'herpétisme, étudiées par Fontan, MM. Guéneau de Mussy, Gigot-Suard et Caisso, sont placées par M. Bazin dans la quatrième période de l'herpétisme : « Dans cette période, le plus souvent les organes internes sont le siége d'affections graves, de dégénérescences profondes, des lésions cancéreuses du foie, des ovaires, de l'utérus. » (1). Divers médecins s'étaient

(1) Bazin. *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartreuse*, p. 111.

déjà occupés des migrations du vice dartreux. Nous en trouvons des exemples dans les œuvres de Vigarous, des deux Franck et de Baumès.

On a remarqué que l'affection dartreuse pouvait se continuer de la peau à une muqueuse ou bien sauter par-dessus des organes pour s'établir sur un viscère. « Que, sous l'influence d'une cause quelconque, une irritation fluxionnaire vienne à se produire sur les bronches, le principe herpétique s'y fixera comme il se fixe dans d'autres circonstances sur la peau, le vagin ou l'utérus. » (1). J'étudierai plus loin l'influence de cette diathèse sur l'utérus ; je me contente de dire ici que l'herpétisme, d'après les auteurs déjà cités, sévit aussi bien sur la peau que sur les muqueuses ou les viscères.

L'herpétisme est considéré par M. Guéneau de Mussy comme une forme dérivée ou dégénérée de l'arthritisme; se fondant sur ce fait que, presque toujours, la généalogie de l'herpétique remonte à des ancêtres goutteux, il propose de conserver cette dénomination d'*herpétisme*, qui signifie pour lui toutes les éruptions diathésiques des membranes muqueuses et tégumentaires, comme un groupe diathésique provisoire, les caractères distinctifs des arthritides et des herpétides donnés par M. Bazin ne lui paraissant pas toujours nettement délimités ; aussi admet-il une commune origine de ces deux groupes de dermatoses « sorties toutes deux, mais par filiation inégalement directe, de la souche arthritique. » Dans un autre endroit, le même écrivain énumérant toutes les affections qui peuvent dépendre de l'herpétisme : « Les anciens, dit-il, admettaient des dartres internes; ne voit-on pas des exanthèmes fébriles, l'érysipèle, la variole, etc.. se répéter sur les muqueuses nasale, buccale, oculaire? On voit si souvent des dartres, des catarrhes pulmonaires, des diarrhées rebelles se succéder, se remplacer, qu'il est difficile de ne pas admettre une communion entre ces diverses manifestations » (2).

D'après ce qui précède, on voit quelle importance nous accor-

---

(1) Trousseau. *Gaz. des hôp.*, 1857, p. 551.

(2) Guéneau de Mussy. *Traité de l'angine glanduleuse.*

dons aux diathèses dans les affections chroniques ; par conséquent nous pensons que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une maladie de ce genre, il faut interroger minutieusement les antécédents, remonter dans le passé des malades, dans celui de leurs parents, si c'est possible, et même examiner les conditions de santé de leurs enfants; car, en cas d'hésitation, on arrive parfois à retrouver le fil conducteur d'une diathèse, de la phthisie par exemple, en apprenant que le sujet que l'on examine a perdu un enfant ou plusieurs atteints d'une maladie de poitrine. Mais quelquefois on éprouve de grandes difficultés pour parvenir au diagnostic de la diathèse ; nous reviendrons plus loin sur ce sujet, et nous tâcherons d'indiquer le mal et la manière de le combattre.

Nous avons dit qu'un des caractères de la diathèse était d'éclater spontanément sous forme d'une affection qui prend la physionomie chronique; dans d'autres circonstances, elle se manifeste à l'occasion d'une cause accidentelle. Il suffit de citer, à ce propos, chez les scrofuleux, les tumeurs blanches succédant à une contusion, le cancer du sein se développant après un coup, un enrouement devenant le point de départ d'une phthisie laryngée. Personne, dans ces cas-là, n'est disposé à penser que la contusion, l'enrouement, ont été la cause réelle de l'affection chronique. On sait que celle-ci ne s'est développée qu'en vertu d'une diathèse; que la diathèse était là, tapie dans un coin de l'organisme, attendant *quem devoret*, et que si la cause n'était pas intervenue, elle se serait manifestée plus tard, mais voilà tout. La majorité des médecins reconnaît ce fait pour beaucoup d'affections chroniques, pourquoi ne le reconnaît-on pas pour les maladies de l'utérus? Il est bien évident aussi que plus l'organisme sera affaibli, plus la diathèse aura de facilité à s'y développer. De même que le favus ne vient jamais si bien que sur une tête de scrofuleux, le catarrhe d'origine arthritique n'est jamais si difficile à déraciner que chez les vieillards épuisés et cachectiques.

Outre les diathèses héréditaires, ou altérations séminales de la constitution, et les diathèses acquises, il est un certain nombre d'autres états morbides qui exercent une grande impor-

tance dans la genèse des maladies chroniques ; assez nombreux, eu égard aux sources dont ils émanent, ils peuvent cependant se ramener à leur expression anatomique, c'est-à-dire une altération permanente du sang, soit en qualité, soit en quantité, chlorose ou anémie.

Mais, si, dans quelques circonstances, la déglobulisation du sang n'est que le symptôme d'une diathèse, que son mode d'expression, dans d'autres cas, elle est primitive et succède à une mauvaise hygiène ou à des causes morales.

Les névralgies, les névroses, sont souvent liées d'une manière si intime à l'existence de la chlorose, que la guérison de l'une amène la guérison de l'autre ; le livre de Sandras fourmille de faits de ce genre.

Les chlorotiques sont sujettes à des hémorrhagies, à l'épistaxis (Monneret, *Pathologie générale*), à des catarrhes, surtout le vagino-utérin. Rien de plus fréquent que de voir, chez des chlorotiques, défiler tout le cortége des troubles de la menstruation (dysménorrhée, aménorrhée, coliques, etc.) ; ceci est admis par tout le monde.

Nous résumons en quelques mots la substance de ce chapitre sur les affections chroniques en général :

1° Il y a une différence énorme entre les affections aiguës et les affections chroniques;

2° Toutes les affections chroniques, qu'elles débutent ou non sous forme aiguë, sont dues à des diathèses ou bien à une altération primitive ou consécutive du sang ;

3° Parmi les diathèses héréditaires, il y en a dont la valeur morbigène est diversement interprétée par les médecins, ce sont la scrofule, l'herpétisme et l'arthritis (goutte et rhumatisme).

4° Ces diathèses jouent un rôle capital dans les affections chroniques;

5° Les diathèses éclatent souvent spontanément, mais elles trouvent, dans les circonstances occasionnelles, des adjuvants puissants à leur développement ;

6° Outre les diathèses, on trouve encore, comme cause première des affections chroniques, toutes les altérations sponta-

nées du sang, dont le type le plus fréquent, la chlorose, joue un rôle capital dans la pathologie de la femme.

CHAPITRE II.

DES AFFECTIONS CHRONIQUES DU SYSTÈME UTÉRIN.

ARTICLE I. — *Historique.*

« Il est un fait positif, c'est que la plupart des affections de l'utérus ou de ses annexes qui se développent en dehors de l'état puerpéral, et un grand nombre de celles qui s'y montrent, sont chroniques d'emblée. Les maladies de l'utérus sont pour la plupart des maladies chroniques, alors même qu'on les voit se présenter avec des phénomènes aigus ou affecter une marche aiguë » (1). Ces considérations préliminaires empruntées à une voix autorisée étant bien admises, nous entendons par affection chronique du système utérin toute altération organique ou fonctionnelle du centre de reproduction chez la femme, révélée par des dérangements menstruels, des douleurs pelviennes et un écoulement de nature variable, apparaissant chez un sujet diathésique ou chlorotique durant depuis un temps plus ou moins long, et s'accompagnant de troubles sympathiques ou de phénomènes généraux qui retentissent sérieusement sur la santé de la malade.

Les anciens, accordant à la matrice une importance exagérée, l'avaient personnifiée; ils lui accordaient le pouvoir de se déplacer, lui prêtaient des instincts, la considéraient comme susceptible d'une sorte d'éducation. Aussi Aristote l'appelait-il ζῶον, mot qui plus tard fut remplacé par celui d'*animal in animale*.

De nos jours, on traite peut-être un peu légèrement les connaissances des anciens médecins, et parce qu'il n'étaient pas aussi bien que nous au courant des altérations des organes, on

(1) Aran. *Leçons sur les maladies de l'utérus,* recueillies par le Dr Gauchet, p. 149.

laisserait volontiers croire qu'il ne connaissaient rien aux maladies de l'utérus,

Certes ce n'est pas sur la configuration du col sain ou malade qu'il faut interroger les auteurs des siècles passés, car s'ils connaissaient le spéculum, ils n'en faisaient guère usage (1), mais ils avaient souvent recours au toucher (voyez Arétée), et le spéculum ne nous apprend à connaître qu'un élément de la question dans les maladies utérines.

Mais ce que nous trouvons de mieux décrit dans les vieux auteurs, ce sont les troubles fonctionnels et les différents écoulements de la matrice. Hippocrate a bien signalé l'*habitus* extérieur des femmes affectées de flueurs blanches : « Considerandæ sunt enim mulierum naturæ, quoniam aliæ sunt albidiores et fluidiores, aliæ sicciores et nigriores, illæ fluori muliebri sunt obnoxiæ. » (2).

Galien établit de la manière suivante la relation qui existe entre la matrice et l'organisme : *Est uterus affectus ita ut corpus.*

Baillou, un des commentateurs les plus zélés d'Hippocrate, dit que les maladies de l'utérus sont difficiles à guérir par elles-mêmes, et *quia aliæ partes in eum se exonerant.* Il fait aussi ressortir l'influence de la santé générale sur la production des maladies de la matrice. Dans les cas de prolapsus, il faut examiner : « Si habitus est plumbeus, mollis et pituitosus, ut indè ad occulti uteri diagnosin via muniatur, et enim magna ex parte totum corpus uteris simile est.» (3). Dans un autre endroit, il discute avec beaucoup de sagacité le diagnostic d'une affection de la matrice : après avoir établi les antécédents de la malade, il ajoute : « Conqueritur de quadam proluvie humoris albuginosi qui non graveolet, dolet maxime lumbos hypogastri crura et inguina. » (4). Il se demande s'il s'agit là d'un ulcère ou d'un

---

(1) Cependant Paul d'Egine parle du dioptra, qui n'était qu'une sorte de spéculum, et il a même décrit minutieusement les différentes ulcérations du museau de tanche, d'après une citation que je trouve rapportée dans l'ouvrage de M. Benett.

(2) Hippocrate. *De Morbis mulierum.*

(3) G. Ball. *De Virginum et mulierum morbis*, p. 188.

(4) *G. Ballonii opera omnia*, consilium 63.

flux utérin simple; il croirait à l'existence d'un ulcère, s'il sentait avec son doigt des inégalités; d'un autre côté, il n'y a pas de cachexie, *optimo habitu prædita*, etc.

Sylvius de Le Boë, chimiâtre bien connu, dit que les flueurs blanches n'arrivent pas chez les femmes bien portantes, qu'elles ont leur cause dans l'utérus, et secondairement dans le vice des humeurs ; ce flux, dit-il, *procède de l'altération de la masse du sang*. Il explique d'une manière toute mécanique la production des ulcères du col de la matrice : *Les flueurs blanches retenues dans l'utérus deviennent tellement âcres qu'elles ulcèrent les parties sur lesquelles elles coulent*. Il signale la coexistence de la chlorose et de l'aménorrhée, et recommande bien de ne pas employer la saignée dans ce cas : « Sanguinem vix unquam redundare in puellis quibus pubertatis tempore sponte non fluunt menstrua. »(1).

Après avoir indiqué à grands traits les idées générales que les auteurs des siècles passés avaient sur les maladies de l'utérus, nous arrivons sans transition à l'époque moderne, au moment ou le spéculum, remis en honneur par Récamier, semble promettre de nouvelles conquêtes pathologiques aux gynécologistes. Aussi, à partir de cette époque, et en vertu de l'impulsion donnée à la science par Dupuytren, Broussais et autres praticiens qui ont tant contribué à l'avancement de l'anatomie pathologique, attache-t-on une importance extrême aux lésions de tissu, sur lesquelles va rouler désormais toute la pathologie utérine; la plupart des médecins deviennent localisateurs ; la lésion est la cause de toutes les souffrances des femmes : c'est l'engorgement pour Lisfranc; pour Velpeau, ce sont les déviations et les granulations; pour P. Dubois, la source du mal est dans une phlegmasie catarrhale, etc. On semble considérer l'utérus comme un être isolé au milieu de l'organisme, ayant des lésions toutes spéciales, et devenant le point de départ de la plupart des lésions de la femme. Les déviations revinrent plus tard se présenter à la barre de l'Académie sous le patronage de Valleix, mais le redresseur ne put

(1) *F. Silvii de Le Boe opera omnia.*

trouver grâce devant l'inflexible logique et les faits écrasants de M. Depaul. Il y eut cependant une petite levée de boucliers contre la tendance localisante de l'Académie et du corps enseignant en général. Gilbert, dans ses leçons à Saint-Louis, puis dans un journal (*Revue médicale*, 1837), s'était prononcé en faveur des causes générales dans les affections de l'utérus.

M. Duparcque (voir son traité publié en 1837) adopta aussi, dans une certaine mesure, les idées de diathèse et d'influence générale. Mais ces opinions n'avaient circulé que dans l'ombre, lorsqu'en 1849, M. le Dr Baud fit lire à l'Académie un mémoire sur la pathogénie des maladies utérines. Il trouvait qu'on attachait trop d'importance aux lésions de l'utérus ; qu'en dehors de l'état de gestation, c'était un organe trop peu important pour pouvoir réagir si puissamment sur les autres systèmes ; que, loin de dominer la scène, et de soumettre les autres organes à son influence, il était bien plutôt apte à se laisser modifier par des lésions de viscères plus ou moins éloignés, et surtout par un état particulier de débilité de l'organisme, qui existe si communément chez beaucoup de femmes.

La discussion qui s'engagea sur cette grande question, et dans laquelle M. Hervez de Chégoin, rapporteur, défendit avec une certaine réserve les idées de l'auteur du mémoire, tandis que Gibert les soutenait chaudement, et Huguier les appuyait un peu, la discussion, dis-je, ne tarda pas à dévier, pour rentrer sur le terrain des lésions, et l'auteur du mémoire dut s'incliner devant les idées purement organiciennes de Velpeau, P. Dubois et Malgaigne.

En résumé, l'utérus, après avoir été considéré par les anciens comme la cause première de toutes les maladies des femmes, plus tard comme la sentine de l'organisme, le déversoir de toutes les humeurs peccantes du corps, est à notre époque regardé comme un viscère d'une extrême fragilité, et dont les moindres lésions retentissent d'une façon déplorable sur toute l'économie.

En disant quelle importance on accorde de nos jours aux lésions de l'utérus, nous avons cependant quelques exceptions à faire en faveur de bon nombre de médecins ; car, si pour quel-

ques-uns il suffit, chez une femme évidemment chlorotique, de trouver, au spéculum, une petite ulcération du col, pour se dire : *in mali labes*, et penser qu'avec quelques cautérisations on va rendre à la malade sa santé première, il est des praticiens pour qui le spéculum ne suffit pas, et qui, même en présence d'une érosion ou d'une ulcération accompagnée de troubles généraux, font remonter plus haut la source première des souffrances et accusent une maladie de l'organisme lui-même. Au nombre de ces derniers, se trouve mon excellent maître, M. Gosselin, qui, dans un mémoire publié en 1843, établissait déjà qu'on accorde trop d'importance aux signes fournis par le spéculum (1).

Pour P. Dubois, c'est une phlegmasie catarrhale qui domine la scène, et déjà Huguier (leçons cliniques) et A. Robert (2) paraissent n'accorder aux lésions qu'une importance secondaire, en les faisant dépendre d'un état général, et en divisant les ulcérations en scrofuleuses, syphilitiques, scorbutiques, etc. On le voit, le champ des altérations locales, si étendu dès qu'on commença à se servir du spéculum, commence à se rétrécir, si bien que la plupart des auteurs de nos jours englobent sous le nom de *métrite chronique,* les altérations dont nous avons parlé plus haut (érosions, ulcérations, granulations). C'est déjà un progrès pour la simplification des affections de l'utérus; mais de là à reconnaître l'influence des causes générales sur la production de ces maladies, il y a encore beaucoup de chemin.

Il nous reste, pour compléter cet historique, à examiner un peu plus en détail quels sont les partisans de l'état général, comme cause d'entretien des affections de l'utérus, et quels sont ses adversaires.

(*A suivre.*)

---

(1) *Mém. sur la valeur sympt. des ulcères du col.* (*Arch. gén. de méd.*).
(2) Thèse de concours, 1848.

DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR L'UTÉRUS.

Par le Dr Duboué (de Pau),
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Je viens de lire avec le plus grand soin les excellents articles publiés dans les *Annales de Gynécologie*, par M. le docteur Burdel, touchant l'*action du sulfate de quinine sur l'utérus sain, malade ou gravide*. Notre honorable confrère s'occupe plus particulièrement de la question de savoir si la quinine possède une action abortive réelle sur l'utérus gravide, et incline fortement à la résoudre par la négative. Sans vouloir m'engager dans une étude historique sur le point en litige, étude qui serait déplacée dans cette courte communication, je crois devoir rappeler que l'honneur d'avoir mis cette question à l'ordre du jour appartient à M. le Dr Monteverdi (de Crémone), lequel, sans l'avoir soulevée le premier, se l'est très-légitimement appropriée par une étude très-remarquable et des plus consciencieuses (1).

Si je rappelle cette circonstance, c'est, d'une part, pour obéir à un sentiment de justice, et, d'autre part, pour expliquer mon intervention antérieure sur cette question, dont sans doute M. le Dr Burdel n'a pas eu connaissance. Dans une lettre insérée dans l'*Union médicale* (numéro du 14 octobre 1871), où je cherchais uniquement à faire accueillir avec faveur les expériences de M. Monteverdi, je donnais les motifs qui me déterminaient à le faire, et j'invoquais entre autres arguments ce que j'avais noté dans cette même observation, dont M. Burdel se sert à son tour pour soutenir une thèse contraire, c'est-à-dire pour rejeter l'action signalée par M. Monteverdi, de la quinine sur l'utérus en gestation.

Placé entre l'enclume et le marteau, je suis bien obligé de

(1) Dimostrazione di una nuova importantissima virtu, medicamentosa della china e dei suoi preparati, del doctor Angelo Monteverdi. Crémone, 1870.

m'expliquer, et je n'aurai pas de peine à montrer qu'il ne s'agit ici que d'une de ces contradictions apparentes, si communes dans nos interprétations médicales, d'une sorte de malentendu que quelques éclaircissements peuvent aisément dissiper. Si M. Burdel veut en effet se donner la peine de lire la lettre dont je viens de parler, et que je ne puis pas reproduire ici, il s'apercevra bien vite que nous sommes d'accord sur les points principaux, et que les nuances d'opinion qui nous séparent sont presque imperceptibles.

Avec mon distingué confrère de Vierzon, et avec tous ceux qui ont pu acquérir une expérience personnelle sur la pyrétologie palustre, j'admets que la fièvre intermittente peut être une cause fréquente d'avortements, et que, bénigne ou grave, elle doit être traitée par la quinine, comme si ce médicament n'avait aucune action ou presque pas d'action excitante sur l'utérus. On arrivera de la sorte, comme les observations qu'il rapporte en font foi, à prévenir beaucoup de fausses couches, et si on ne les prévient pas toutes, on sera encore utile à la mère, en diminuant l'intensité de la fièvre qui a presque toujours de la tendance à s'aggraver après une fausse couche, et surtout après un accouchement à terme, ou voisin du terme de la grossesse.

S'ensuit-il que le sulfate de quinine ne puisse exercer aucune action excitante sur les fibres musculaires ou sur les vaisseaux de l'utérus? Nullement, et je n'en veux pour preuve que l'assertion suivante de M. Burdel lui-même : « Si nous nions, dit-« il, les propriétés abortives accordées à la quinine, nous sommes « loin de nier son action spéciale, son action élective, non pas « seulement sur l'utérus, mais sur les fibres musculaires lisses « de l'économie tout entière. Ce que l'on ne peut contester, « c'est la contraction des capillaires sanguins, d'où diminution « dans l'afflux sanguin et ses conséquences. La quinine, en « un mot, agit spécialement sur les nerfs vaso-moteurs par « l'arbre céphalo-rachidien. » C'est l'agent névro-sthénique par excellence.

Telle est l'opinion que je me suis efforcé de mettre en relief après de longues recherches sur l'impaludisme, ou si l'on aime

mieux sur les diverses manifestations de l'intoxication palustre, et je suis heureux de la voir partager par un homme de l'expérience de M. Burdel. J'ajouterai seulement que la quinine produit en outre, sur le système nerveux sensitif, une sédation dont ne parle pas notre confrère, mais qu'il a dû constater comme tous les médecins qui ont été à même d'en faire maint essai thérapeutique.

Cette double propriété, quoique associée dans le même agent, peut donc être utilisée en obstétrique. Mais, si on n'envisage que la seule propriété excito-motrice qui domine peut-être dans ce médicament; il nous reste encore à en graduer l'intensité, ce qui est une affaire de dosage, suivant que l'on veut produire tel ou tel effet. Car, sans cette précaution, il pourrait très-bien se faire que le but se trouvât dépassé ou ne fût pas atteint. On peut donc avoir, suivant les cas, un avortement par dose excessive, ou un avortement par dose insuffisante, et telle dose qui peut être trop forte pour une femme, peut être insuffisante pour une autre. En un mot, la quinine peut se comporter, dans certains cas, à la façon d'un abortif, et dans d'autres comme un antiabortif, si le mot est français.

On le voit, il ne s'agit pas ici d'une argutie; mais la question est véritablement complexe, et c'est la mal poser que de se demander si le sulfate de quinine doit être considéré comme un agent abortif. Posée dans ces termes, elle peut être résolue par l'affirmative ou la négative, je ne dirai pas au gré des observateurs, mais suivant les éventualités de la pratique, qui sont toujours éminemment variables.

Donnez, je suppose, une dose ordinaire de quinine (0,75 cent. ou 1 gr.) pendant plusieurs jours de suite, à une femme qui se trouve sous le coup d'une menace de fausse couche par suite de fièvre intermittente. Vous n'arrêtez pas la fièvre qui est une abstraction, mais, en dissipant la congestion qui siége en particulier du côté de l'utérus, et qui peut siéger dans beaucoup d'autres organes, la rate, le foie, le cerveau, etc., sous l'influence de la même cause, vous rendez à la circulation fœtale la régularité qu'elle était sur le point de perdre, et vous empêchez l'avortement. Donnez cette même dose à une femme chez

laquelle la circulation fœtale est déjà interrompue dans une affection de même nature, c'est-à-dire chez lequelle l'embryon à déjà cessé de vivre. Dans ce cas, l'avortement sera inévitable et sera le fait de la fièvre ; tout au plus, l'agent médicamenteux y jouera-t-il un rôle tout à fait accessoire. Mais, si on se fie aux apparences, on déclarera que la quinine a été seule en cause, dans la production de cette fausse couche, et M. Burdel a parfaitement raison de s'opposer à cette conclusion. Donnez la même dose à une troisième femme, qui, tout en ayant besoin de quinine, sera très-sensible à l'action de ce médicament, vous aurez dépassé le but et vous aurez cette fois un avortement réellement imputable à la quinine. Mais, si j'en juge par ma propre expérience, déjà assez longue sur le maniement de la quinine, un cas de ce genre doit être fort rare. Donnez-la enfin à une quatrième femme atteinte d'une affection qui soit rapportée à tort à une infection palustre, et vous aurez, suivant la susceptibilité de la malade, ou de simples contractions utérines fugaces, ou des contractions plus énergiques suivies d'avortement ; or, cette fois encore, l'accident sera bien le fait de la quinine.

Mais, je dois faire remarquer ici que, d'une manière générale, la tolérance pour la quinine est d'autant plus grande que l'affection palustre est mieux caractérisée, plus ancienne ou plus grave. On ne voit donc pas pourquoi la femme enceinte ne bénéficierait pas de cette tolérance comme tous les autres malades. Cette circonstance nous permet de comprendre comment la quinine peut être si souvent prise pendant l'état de gestation, sans provoquer un effet appréciable sur les fibres utérines. La fièvre intermitente doit anéantir ou du moins diminuer la tonicité musculaire dans l'utérus, comme elle a coutume de le faire dans tous les autres organes. Or, la quinine rend précisément à l'utérus, comme à ces mêmes organes, cette tonicité qui leur manque, et elle ne produit le plus souvent cet effet que peu à peu et après plusieurs doses successives. Donc, tant que l'équilibre normal ne sera pas rétabli, la quinine sera bien tolérée et ne produira pas de contractions sensibles du côté de l'utérus. Cet effet ne deviendra appréciable que plus

tard, lorsque l'organisme tout entier sera rentré dans les conditions de la santé ordinaire.

Après toutes ces explications, un peu trop longues sans doute, mais pourtant nécessaires, on comprendra pourquoi la même observation a pu servir de texte à deux interprétations opposées. La malade qui fait le sujet de cette observation était menacée d'un accouchement prématuré, provoqué ici sans nul doute par la fièvre rémittente dont elle était atteinte. Je lui administre le sulfate de quinine, et tout rentre dans l'ordre : la quinine, en redonnant aux vaisseaux utérins la tonicité qui leur manquait, a bien agi dans ce cas, à titre de médicament antiabortif. Je continue l'emploi du médicament, et des contractions utérines se montrent après chaque dose administrée; on retrouve encore là, mais cette fois sur les fibres utérines elles-mêmes, la même action excito-motrice qui, quelques jours auparavant, était pour ainsi dire latente. Que j'eusse continué à l'employer dans ces conditions, au lieu de m'arrêter, et j'aurais pu arriver à un accouchement prématuré qui aurait pu être cette fois réellement imputable à la quinine.

Il importe donc, on le voit, de surveiller l'action exeito-motrice de ce médicament chez une femme enceinte, action qui doit toujours être mise en balance avec l'état fébrile d'une part, et avec l'état général d'autre part, ainsi qu'avec la susceptibilité plus ou moins marquée de l'utérus, pouvant varier dans chaque cas. Mais ce n'est pas une raison pour ne pas s'en servir chaque fois qu'une affection palustre quelconque vient à se développer pendant la gestation.

La propriété excito-motrice de la quinine peut encore être mise à profit, en obstétrique, en dehors des diverses formes de l'intoxication paludique. C'est ainsi que le sulfate de quinine a déjà été appliqué avec succès par M. le Dr Monteverdi, dans un certain nombre de cas d'inertie utérine pendant l'accouchement, quoiqu'il ne réussisse pas à triompher complètement de cette inertie, dans tous les faits de ce genre, et je parle bien entendu de l'inertie utérine pure et simple, sans complication de rétrécissement du bassin ou de tout autre obstacle mécanique.

J'ai eu trois fois l'occasion de vérifier par moi-même l'existence de cette action excito-motrice, et il s'agissait bien dans les trois cas d'une inertie utérine bien avérée, inertie telle que j'aurais eu recours immédiatement à l'application du forceps, si je n'avais tenu à constater l'effet du sulfate de quinine.

Observation I. — J'avais affaire, dans le premier cas, précisément à cette même jeune femme dont il est question dans l'observation que M. Burdel a extraite de mon travail. Depuis la fièvre rémittente dont elle avait été atteinte en 1864, elle a toujours joui d'une excellente santé ; elle a même eu une seconde petite fille en 1866, et les suites de couches ont été très-heureuses. Devenue enceinte pour la troisième fois, elle me fait appeler pour l'assister à son accouchement dont les douleurs se montrent bien au terme de la grossesse, le 26 septembre 1873. Le travail marche régulièrement quoique avec lenteur jusqu'au moment de la rupture des membranes. J'avais constaté déjà une position occipito-iliaque droite postérieure, et une fois le col complètement effacé, les douleurs se ralentissent de plus en plus et finissent par se suspendre, et le mouvement de rotation de la tête à peine commencé ne continue plus à s'effectuer. Quelques douleurs de courte durée surviennent de loin en loin, toutes les huit ou dix minutes, sans que la tête progresse d'une manière sensible dans l'excavation pelvienne ; les parties molles sont d'ailleurs très-peu résistantes et ne peuvent apporter aucun obstacle à l'issue de la tête, celle-ci n'ayant pas encore atteint le plancher périnéal.

Il y avait près de trois heures que les membranes étaient rompues, lorsqu'en voyant les contractions utérines s'affaiblir et s'éloigner de plus en plus, j'administre 0,50 centig. de sulfate de quinine ; j'avais fait préparer une potion avec 1 gr. dissous dans quelques gouttes d'acide sulfurique alcoolisé, et j'administre d'un seul coup la moitié de la potion. Dix minutes environ après l'administration de cette première dose, et sans qu'une seule douleur utérine se soit montrée cette jeune femme tombe dans un sommeil des plus calmes et n'a plus cette agitation et ce malaise qu'elle exprimait quelques instants auparavant. Le sommeil se prolonge sans interruption pendant près d'un quart d'heure, à tel point qu'on aurait pu dire qu'au lieu de raviver les contractions utérines, le sulfate de quinine les avait supprimées. Je me promettais même de donner la seconde dose aussitôt que notre patiente se réveillerait. Mais le réveil s'opère par l'arrivée d'une contraction utérine très-énergique qui amène sur-le-champ l'expulsion d'une petite fille très-vivace ; il y avait vingt-deux ou vingt-trois minutes que la première dose de quinine avait été donnée et je n'ai pas dû administrer la seconde.

Ici, nous avons eu, d'une façon très-nette, les deux effets produits par la quinine, l'effet sédatif et l'effet excito-moteur, et, comme on peut le voir, le premier n'a pas empêché le second de se montrer, quoique, de prime abord, ils semblent contradictoires. Ce serait là, en tout cas, une association heureuse au point de vue obstétrical et dont il me semble qu'on pourrait tirer un parti avantageux dans les cas où une sorte d'éréthisme nerveux particulier domine pendant l'accouchement, dans ces cas encore assez nombreux où l'on observe des douleurs utérines vives et insurmontables, non suivies de contractions énergiques de l'organe. En raison de la complète garantie d'innocuité qu'il nous offre, le sulfate de quinine me paraîtrait, dans tous ces cas, infiniment préférable au chloroforme dont on pourrait réserver l'emploi pour certaines conditions exceptionnelles.

Obs. II. — Dans le second cas que j'ai observé dans le courant de novembre 1873, il s'agissait d'une jeune femme de 24 à 25 ans, primipare, chez laquelle on me fait appeler précisément pour une inertie utérine survenue après la dilatation complète du col et la rupture des membranes et persistant depuis plus de deux heures ; à peine observait-on de loin en loin (tous les quarts d'heure environ) quelques douleurs utérines fugaces et d'une très-faible intensité. Comme il y avait en même temps une présentation de l'extrémité pelvienne (les fesses étaient déjà engagées dans l'excavation du petit bassin), la sage-femme jugeant qu'il y aurait lieu d'intervenir dans un délai prochain, redoutant d'ailleurs, en raison de la primiparité de la mère, des suites fâcheuses pour la vie de l'enfant, la sage-femme m'avait fait appeler vers dix heures du soir. Je constate, en effet, par moi-même l'existence d'une présentation de l'extrémité pelvienne et je m'assure, par l'auscultation, que la vie de l'enfant n'est nullement compromise.

Rien ne me paraissait plus facile assurément que d'aller accrocher le pli de l'aine de l'enfant avec la main et d'attirer l'extrémité pelvienne hors de la vulve. Mais cette manœuvre pouvant occasionner le relèvement des bras sur les côtés de la tête, l'état de l'enfant ne réclamant d'ailleurs aucune intervention urgente, je redoutais quelques difficultés ou du moins quelques lenteurs dans l'extraction du fœtus, et des manœuvres hâtives me paraissaient de nature à augmenter les chances de mort pour ce dernier. Je me décide donc (le cas me paraissant des plus opportuns au double point de vue de l'intérêt de l'en-

fant et du jugement à porter sur l'efficacité de la nouvelle médication) à administrer le sulfate de quinine. Je fais préparer deux paquets de 0,50 centigr. chacun, et j'administre le premier, dans un peu de café noir, environ vingt minutes après mon arrivée ; durant tout cet intervalle aucune contraction utérine ne s'était produite. Dans moins d'un quart d'heure une première douleur se montre, douleur peu énergique, il est vrai, et de très-courte durée, mais plus forte cependant qu'aucune de celles qu'on avait observées depuis deux heures. Jugeant que la dose déjà donnée pouvait être insuffisante, j'administre un quart d'heure après cette première dose la moitié du paquet restant, c'est-à-dire 0,25 centigr. Or, au bout de deux minutes, avant que cette dernière dose ait eu manifestement le temps d'agir, je constate une nouvelle douleur plus énergique que la première, et cette fois je vois s'opérer un mouvement de descente assez marqué de l'extrémité pelvienne. Deux autres contractions utérines se succèdent à des intervalles de deux à trois minutes l'une de l'autre et à la dernière le tronc de l'enfant est expulsé, sans que j'aie exercé la plus légère traction, et le dégagement des épaules et de la tête peut se faire immédiatement sans la moindre difficulté ; je retire une petite fille bien constituée et bien portante.

L'accouchement s'est donc terminé de vingt à vingt-cinq minutes après l'administration de la première dose de sulfate de quinine, et la dose totale de ce médicament n'a été portée qu'à 0,75 centigr.

Obs. III. — Le troisième cas se rapporte à une jeune femme âgée d'environ 28 ans et que j'ai accouchée le 18 juin dernier (1874). — L'année précédente, à pareille époque, je l'avais assistée pour son premier accouchement qui s'était terminé très-rapidement et avec une régularité parfaite des douleurs. Le travail n'avait guère duré que quatre ou cinq heures, en y comprenant les douleurs légères du début, et la seconde partie du travail s'était effectuée avec une telle rapidité que je n'avais pas pu assister à l'expulsion de l'enfant ; celle-ci s'était opérée environ une demi-heure après que j'avais quitté la patiente pour une occupation urgente. En revenant près d'elle une heure plus tard (les membranes n'étaient pas encore rompues quand je l'avais quittée), je comptais m'être rendu bien longtemps d'avance pour l'aider dans les derniers moments de l'expulsion fœtale, et cependant l'accouchement était terminé depuis une demi-heure. Il est vrai que la grossesse n'était pas complètement arrivée à terme (elle avait à peine dépassé d'une semaine le huitième mois), que nous avions affaire à une position occipito-iliaque gauche antérieure et qu'il s'agissait de la naissance d'une petite fille, trois circonstances

qui nous permettent de nous rendre compte de cet accouchement rapide.

Au second accouchement, l'enfant qui vient au monde est encore une petite fille ; mais cette fois la grossesse était bien à terme et je constate, par l'auscultation et le toucher, une position occipito-iliaque droite postérieure. C'est le 18 juin, vers une heure du matin, que les premières douleurs se montrent, douleurs très-éloignées dès le début et qui semblent se rapprocher à partir de cinq heures du matin. Appelé près de cette jeune femme vers six heures, je constate déjà une dilatation du col des dimensions d'une pièce de deux francs. Quoique je ne m'attende pas à une promptitude aussi grande qu'au précédent accouchement (outre la position que je venais de constater, il y avait principalement des douleurs des reins), je ne m'éloigne pas un seul instant, ce que j'aurais eu peine à faire d'ailleurs avec la vigilance bien légitime de la famille, et je puis réfléchir librement sur le contraste de deux accouchements successifs chez la même femme. Autant le premier avait été court, autant celui-ci est long et pénible pour la patiente. Il n'y a d'ailleurs dans ce dernier accouchement qu'une lenteur relative, car elle s'observe dans la plupart des accouchements ordinaires, tandis que la rapidité du premier était tout à fait exceptionnelle.

La première partie du travail se fait donc avec une certaine langueur, les douleurs sont peu énergiques et semblent s'éloigner, à mesure que la dilatation du col est sur le point de s'achever. Celle-ci devient complète cependant à neuf heures et demie, et comme les membranes résistent encore après l'entier effacement du col, je pratique la rupture artificielle à dix heures. J'espérais qu'après l'écoulement d'une certaine quantité de liquide, les douleurs reprendraient un peu de régularité et d'énergie. Loin de là, elles se suppriment presque complètement et la tête non-seulement ne fait aucun progrès dans l'excavation pelvienne, mais même n'accomplit pas son mouvement de rotation ; l'occiput reste toujours en arrière.

A onze heures, constatant toujours le même état de choses, j'administre un premier paquet de 0,50 centigr. de sulfate de quinine dans du pain azyme ; et déjà au bout de quinze à vingt minutes je constate le retour d'une première douleur, laquelle est suivie de deux ou trois autres à des intervalles de quatre à cinq minutes. — A midi, nouvelle dose de 0,50 centigr. : redoublement marqué et rapprochement des douleurs, à partir de ce moment. Celles-ci se soutiennent pendant près de trois quarts d'heure, avec la régularité et l'intensité qu'elles offrent dans tout accouchement ordinaire, à des intervalles de deux à trois minutes ; la rotation de la tête s'effectue, ce que je constate par la position respective des fontanelles. La suture sagittale conserve cependant encore une légère obliquité, lorsque les dou-

leurs s'éloignent et semblent vouloir se supprimer de nouveau. — A une heure, troisième dose de 0,25 centigr. de sulfate de quinine, et, comme je n'observe aucun trouble du côté de l'audition, je donne une quatrième et une cinquième doses pareilles (de 0,25 centigr. chacune) à une heure un quart et à une heure et demie : la dose totale s'élevait à 1 gr. 75 centigr. Cette fois encore j'observe un rapprochement bien marqué et une intensité nouvelle des contractions utérines. Seulement, au lieu de se montrer toutes les deux ou trois minutes, comme après les premières doses, elles ne viennent guère qu'à des intervalles de cinq et six minutes.

Je ne doute pas que l'accouchement, livré à lui-même, se fût terminé seul, à partir de ce moment. Mais à la marche traînante et comme factice suivie par le travail, depuis la rupture des membranes, je juge qu'il faudrait peut-être attendre une heure ou une heure et demie. Or, comme d'une part, la femme est très-énervée par une longueur de travail qu'elle trouve excessive, par comparaison avec son premier accouchement, comme d'autre part, elle commence à éprouver des bourdonnements d'oreille et de la surdité, je ne veux pas recourir à de nouvelles doses de sulfate de quinine, et je termine l'accouchement à deux heures, par une application de forceps, qui est d'ailleurs des plus simples, l'occiput se présentant déjà à l'orifice vulvaire — L'enfant est retirée très-bien portante.

Je puis ajouter ici que les suites de couches ont été très-heureuses et que notre malade s'est plus promptement rétablie qu'après son premier accouchement. Quoique ce premier accouchement n'eût été suivi d'aucun accident ou complication de quelque importance, le retour des forces s'était pourtant effectué, au dire de la malade, avec une bien plus grande lenteur.

Bien que ce dernier cas ne soit pas aussi probant que les deux autres que je viens de rapporter, il vient encore à l'appui cependant de l'opinion de M. Monteverdi qui assimile l'action excitante de la quinine sur l'utérus à celle, déjà éprouvée et plus énergique, du seigle ergoté. C'est même parce qu'il la trouve moins énergique que notre confrère de Crémone préfère la quinine au seigle ergoté pendant le travail de la parturition. Tous les accoucheurs savent que l'ergot de seigle provoque, non-seulement comme des contractions tétaniques et permanentes des fibres musculaires de l'utérus, mais qu'en réveillant avec trop d'énergie la contractilité des vaisseaux utérins, il peut amener une interruption de la circulation dans le tissu inter-utéro-placentaire et donner lieu conséquemment à la mort du

fœtus. Or, toujours d'après notre auteur, la quinine n'aurait jamais provoqué, dans les essais auxquels il s'est livré, que des contractions intermittentes de l'utérus. Ce médicament possède encore sur l'ergot de seigle, un autre avantage qu'il invoque en faveur de la quinine et que tout le monde connaît, c'est que ce dernier agent, administré pendant la grossesse ou l'accouchement, ne produit jamais une action suffisante sur la circulation utérine, pour amener la mort du fœtus.

C'est donc contre l'inertie utérine pendant l'accouchement que, d'après M. Monteverdi, le sulfate de quinine trouverait sa principale indication et montrerait sa supériorité. Les trois faits que je viens de rapporter, les seuls qu'il m'ait été donné de recueillir viennent certainement à l'appui de cette manière de voir. Or, comme il s'agit d'une médication nouvelle qui me paraît appelée à rendre quelques services et qui n'a pas encore pris rang dans la pratique générale, j'ai cru devoir donner à ces faits tous les développements que leur intérêt me semblait comporter.

Cette nouvelle application thérapeutique de la quinine met en relief la propriété physiologique générale dont cette substance m'a paru jouir dans le traitement des fièvres palustres, je veux parler de l'action excito-motrice qu'elle exerce, à un degré variable suivant les doses et peut-être encore suivant les régions, sur toutes les fibres musculaires de l'organisme. Tout semble prouver que c'est par l'intermédiaire du système nerveux que cette action se produit. S'il en était autrement, on ne s'expliquerait guère l'action sédative que cette même substance opère sur les nerfs sensitifs.

Mais, pour ne pas nous perdre sur ce terrain théorique. voyons si la quinine ne serait pas susceptible, notamment en obstétrique, de recevoir de nouvelles applications pratiques. Si l'observation ultérieure vient à nous démontrer d'une façon irrécusable, que, *donnée à certaines doses*, doses fortes si l'on veut mais pourtant inoffensives, la quinine peut réellement produire un effet abortif quelque peu sûr, n'y aurait-il pas lieu de l'employer dans le but de provoquer l'accouchement prématuré? S'il m'était permis de substituer pour un instant une

sorte d'induction théorique aux seules données acceptables de l'expérience clinique, je croirais volontiers que cette médication ne constituerait jamais qu'un moyen abortif infidèle. La même dose qui pourrait agir sur une femme resterait probablement sans action sur une autre, et l'on trouverait certainement bon nombre de cas dans la pratique où la dose supposée abortive dépasserait tellement les limites des doses habituelles qu'aucun praticien prudent n'oserait la donner. Mais il ne nous semble pas davantage que ce soit là une raison suffisante pour ne pas essayer dans ce but au moins les doses successives et graduées que l'on sait d'avance devoir être inoffensives. Quel inconvénient sérieux verrait-on par exemple à administrer pendant quelques jours consécutifs, une dose quotidienne de 1 gr. à 1 gr. 50 de sulfate de quinine? Sans provoquer l'accouchement, ces doses pourraient réveiller par exemple des contractions utérines évidentes, et de pareilles tentatives seraient encore utiles en nous permettant une fois de plus d'accepter ou de rejeter cette propriété excito-motrice de la quinine, qui est précisément en question.

D'autre part, si la quinine est impuissante à provoquer seule l'accouchement prématuré dans les cas ordinaires, ne pourrait-elle pas être employée, à titre de moyen adjuvant, dans le cas où l'on aurait tout intérêt à provoquer l'accouchement avant terme et où d'autres moyens déjà mis en usage auraient échoué? C'est encore là une question que l'observation seule peut résoudre. Mais les questions n'ont pas le don de se résoudre toutes seules; il faut d'abord qu'elles soient posées pour être résolues et ce n'est pas toujours le même homme qui peut faire la besogne tout entière. Voilà pourquoi je me contente d'indiquer celle-ci, laissant à d'autres mieux placés le soin de la juger, dans un sens ou dans l'autre suivant la réponse donnée par l'expérience directe.

M. Monteverdi, après Leudet (de Rouen), préconise encore le sulfate de quinine comme un excellent moyen préventif de la fièvre puerpérale. Il n'attend pas pour l'administrer, que la maladie ait acquis un entier développement, auquel cas le médicament reste sans action. Mais, il assure que donné dès

le début, alors qu'on peut être averti de bonne heure en temps d'épidémie, le sel quinique produit les meilleurs résultats.

On sait que Beau avait déjà vanté le même traitement, il y a une quinzaine d'années contre l'affection confirmée et que, malgré l'assertion favorable de ce savant médecin, l'attente fondée sur ce moyen thérapeutique n'a pas tardé à être complètement déçue. N'ayant aucune expérience personnelle sur ce point, je me borne à rappeler ici l'opinion exprimée par ces deux médecins.

Je regrette, de m'être laissé entraîner si loin par ce que je croyais devoir être une simple réponse justificative. Mais il n'est pas toujours facile de s'expliquer avec concision et l'on doit parfois recourir à des raisons éloignées pour faire partager aux esprits les plus impartiaux les convictions dont on est soi-même animé.

REVUE GÉNÉRALE

DU POIDS DES NOUVEAU-NÉS

SON ACCROISSEMENT PHYSIOLOGIQUE. — CIRCONSTANCES QUI PEUVENT LE MODIFIER.

L'utilité de procéder régulièrement à la pesée des nouveau-nés a été longtemps méconnue.

Le professeur Natalis Guillot fut le premier en France qui comprit tous les services que ce moyen d'observation pouvait rendre à l'étude de la physiologie et de la pathologie de l'enfance. S'appuyant sur un grand nombre de pesées, faites avant et après la tétée (1), il a cherché à « établir le rapport de la « nourrice et du nourrisson par la constatation de l'accroisse- « ment du poids de celui-ci. »

(1) *Union médicale*, 1852.

Les questions relatives à l'alimentation de l'enfant en santé et à sa nutrition lorsqu'il est malade, se trouvaient ainsi éclairées d'un jour tout nouveau.

Depuis lors, un grand nombre de recherches ont été faites dans le même sens, le système des pesées régulières a été peu à peu adopté dans tous les services de Maternité, et aujourd'hui, les lois qui président à l'accroissement du nouveau-né, peuvent être, en partie du moins, formulées avec précision.

Analyser à grands traits les travaux des principaux observateurs qui se sont occupés de notre sujet, et donner un résumé succinct des plus importantes conclusions auxquelles ils ont été conduits, tel est le but que nous nous proposons dans ce court travail.

Nous nous occuperons successivement du poids du nouveau-né et des lois qui président à son accroissement, en disant quelques mots du rôle que la balance peut jouer dans le diagnostic des affections infantiles.

Toutefois, avant d'étudier *à l'aide de la balance* la loi d'accroissement physiologique du nouveau-né, une première question demande à être résolue : l'utilité des pesées régulières est-elle réellement incontestable?

M. Jacquemier (1) a dit que le système des pesées régulières « était inutile et répondait bien plus à un goût d'observation « qu'à un besoin pratique, attendu que l'accroissement de l'en- « fant est loin de se faire d'une manière régulière et uniforme « dans les conditions normales. »

Devant les paroles d'un maître aussi expérimenté, on comprendra facilement notre hésitation.

Nous nous croyons autorisé néanmoins à répondre affirmativement, ne faisant, au reste, qu'adopter l'opinion de la majorité des observateurs, et nous dirons avec M. Louis Odier (2), que : « ce qui explique de la part de M. le Dr Jac-

(1) Jacquemier. *Dict. encycl. des sciences médicales*. Paris, 1864, t. X, art. *Allaitement*, p. 270.

(2) Louis Odier. *Recherches sur la loi d'accroissement des nouveau-nés*

« quemier une opinion si différente de celle des autres méde- « cins, c'est la grande habileté de M. Jacquemier, ainsi que sa « grande expérience qui souvent supplée à la balance. Mais tout « le monde n'est pas aussi exercé que cet accoucheur dis- « tingué. »

D'ailleurs, l'autorité d'un nom illustre nous eût permis à elle seule de conclure :

Le professeur Trousseau (1) a pu dire que la pesée « est le « seul moyen de s'assurer si une femme est bonne nourrice. »

Mais qu'il nous soit permis de rapporter encore ici, l'opinion de quelques-uns des autres médecins qui se sont occupés de notre sujet.

En 1852, Natalis Guillot (2) terminait ainsi une de ses leçons cliniques : « Les observations que je possède me conduisent « déjà à affirmer que parmi les moyens d'appréciation de l'état « de santé ou de maladie de l'enfant, de la valeur de la nour- « rice, de la quantité de lait fournie, des pertes ou de l'accrois- « sement de l'individu, nul n'est aussi strictement exact que « celui que je vous soumets. »

En 1860, E. Von Siébold (3) publie un travail très-remarquable « *sur les rapports entre le poids et la longueur des nouveau- « nés.* » Voici comment il s'exprime relativement à la pesée : « La constatation de l'augmentation de poids serait très-impor- « tante à reconnaître pour savoir si le lait maternel convient à « l'enfant, et s'il ne faudrait pas une nourrice. Dans ce cas « l'augmentation de poids de son propre enfant donnerait un « renseignement qui serait décisif dans le choix qu'on aurait à « faire. Le cas se présente assez souvent aux médecins qui « dirigent les Maternités. Le pesage répété de l'enfant nourri « artificiellement de lait animal est ce qui nous éclairerait le « mieux sur la question de savoir si ce mode d'aliment convient

---

constaté par le système des pesées régulières et sur les conditions d'un bon allaitement. Thèses de Paris, 1868.

(1) Trousseau. *Cliniques médicales*, 4e édition, 1873, p. 160.

(2) Natalis Guillot. *Mémoires inédits et Union médicale*, 1852, p. 61-63.

(3) *Revue mensuelle d'accouchements et des maladies des femmes*, Berlin, t. XV, p. 338.

« ou ne convient pas à l'enfant, on pourrait ainsi prendre de « suite le parti convenable dès que la diminution de poids en « montrerait la nécessité..... Comme tout ralentissement de la « nutrition de l'enfant se manifestera par une diminution de « poids, le pesage doit donc être regardé comme un moyen de « contrôle très-certain, et, à ce titre, prendre une grande place « parmi les moyens de diagnostic. »

Deux ans plus tard, le Dr Winckel (1) lit à la Société de gynécologie de Berlin un mémoire intitulé « *Recherches sur le poids* « *des nouveau-nés*. » Il termine son mémoire en disant que « les « pesées régulières et répétées seront toujours le meilleur baro- « mètre de la santé de l'enfant; elles nous indiqueront facile- « ment par des chiffres, ce que le nourrisson ne peut dire par « des paroles. »

En 1864, M. le Dr Bouchaud (2) étudie à la Maternité de Paris le développement des enfants pendant la première année de leur existence, et expose dans sa thèse inaugurale les résultats qu'il a obtenus. Voici comment il termine son travail : « Ces résultats nous paraissent offrir un intérêt réel et des « applications immédiates. Quel autre moyen de se convaincre « qu'un enfant mis en nourrice et éloigné est en bonne voie, « et quoi de plus facile que de le peser tous les quinze ou trente « jours?..... Si l'œil du médecin est indispensable quand il « s'agit de maladies, la balance dans le cas de simple insuffi- « sance alimentaire est assurément le meilleur juge.

« Ce serait aussi le plus efficace remède à apporter à la négli- « gence des nourrices, dont le défaut de soin se trouverait ainsi « manifestement dévoilé. Ce procédé, dejà en usage à la Mater- « nité, produit de bons résultats : ceux-ci seraient bien autres « dans les cas où la surveillance est bien moins active. »

En 1867, MM. Réné Blache et Louis Odier (3) dans un

---

(1) Winckel. *Recherches sur le poids des nouveau-nés. Revue mensuelle d'acc.* 1862, t, XIX, p. 146.

(2) Bouchaud. *De la mort par inanition et études expérimentales sur la nutrition chez le nouveau-né.*

(3) Louis Odier et Réné Blache. *Quelques considérations sur les causes de la mortalité des nouveau-nés et des moyens d'y remédier*. Paris, 1867.

mémoire lu à l'Académie de médecine de Paris, considèrent la pesée régulière comme le seul et unique moyen d'obtenir une surveillance vraie des nourrices auxquelles on a confié des nourrissons.

L'année suivante M. le Dr Louis Odier (1) présente à la Faculté de médecine un travail intitulé : « *Recherches sur la loi « de l'accroissement des nouveau-nés, constaté par le système des « pesées régulières.* » Nous lui empruntons les passages suivants : « Comme tout être organisé l'enfant s'accroît suivant « une loi parfaitement définie. Les modifications qu'éprouve le « poids de son corps par suite de son augmentation graduelle, « sont un des signes de cet accroissement. Il y a donc entre ces « deux termes : accroissement et augmentation de l'enfant, un « rapport constant, en sorte que lorsque l'accroissement n'a lieu « que lentement ou même cesse de se faire, le poids de l'enfant « n'augmente que faiblement ou reste stationnaire.

« Mais on sait que cet accroissement de l'enfant est le résultat « du travail de la nutrition. Si l'allaitement est insuffisant, si « les organes digestifs sont malades, si les conditions d'un bon « *circumfusa* n'existent pas, la nutrition est incomplète et « l'accroissement est arrêté dans sa marche progressive. Et, « d'après ce que nous venons de dire sur le rapport qui existe « entre l'accroissement et le poids, nous pouvons être certain « que le poids de l'enfant diminuera ou restera stationnaire.

« En prenant par conséquent le *poids du corps* comme signe « certain des résultats de l'allaitement, nous avons là un moyen « de contrôle exact qui ne pourra être fourni aussi complè- « tement par aucun autre signe. C'est encore, on le voit, la con- « séquence du système des pesées régulières que nous cher- « chons à faire prévaloir comme contrôle direct de l'allaite- « ment.

« Nous désirons voir leur emploi se généraliser à tous les « enfants pendant leur première année, dans le but d'obtenir « par un allaitement parfaitement normal *un accroissement « toujours maximum.*

(1) Louis Odier. *Loc. cit.*

« Grâce à cet accroissement maximum qu'on obtiendra habi-« tuellement, on verra diminuer le nombre des scrofuleux, des « phthisiques, des aliénés, ainsi que la mortalité si considé-« rable du premier âge, et la race elle-même, loin de s'affaiblir, « se fortifiera davantage. »

M. Bouchut(1),dans son *Traité des maladies des enfants*, reconnait toute l'importance du système des pesées régulières.

M. le professeur Fonssagrives (2) dans ses « *Entretiens familiers d'hygiène* » dit à propos des nourrices qui ont peu de lait :

« Les apparences extérieures des nourrices de cette catégorie « sont souvent trompeuses; mais la pesée du nourrisson, au « moment où il va prendre le sein, et quand il le laisse, fournit « un moyen rigoureux de reconnaître si ses cris dépendent « d'un besoin ou d'un caprice. »

M. Racle (3) disait dans ses *Leçons cliniques :* « Les règles « d'un bon allaitement sont si peu connues, si mal observées, « si difficiles à appliquer à chaque individu, que tout moyen qui « permettra d'en contrôler les effets sera d'une utilité générale, « et parmi tous ceux qui existent, aucun n'est assurément plus « fidèle que l'usage de la *balance :* il a une rigueur mathéma-« tique, il est d'une application simple et pratique, il est en « outre à la portée de tout le monde. »

Tout récemment enfin M. Parrot (4) a pu dire que « la pesée « est le seul moyen de déterminer avec précision la quantité « de lait que prend un enfant à la mamelle, soit à chaque tétée, « soit dans les 24 heures. »

Tout ce que nous venons de dire nous paraît démontrer suffisamment l'utilité du système des pesées régulières, et nous terminons ce court historique, n'ayant pas la prétention de

---

(1) Bouchut. *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, 5e édit., Paris, 1867, p. 40-43.

(2) Fonssagrives. *Entretiens familiers d'hygiène,* Paris, 1867.

(3) Racle. Cliniques inédites.

(4) *Sur l'allaitement artificiel dans les hôpitaux de Paris,* rapport à la Société médicale des hôpitaux, par M. J. Parrot, rapporteur. *Annales de gynécologie,* février 1874.

vouloir citer ici tous les travaux qui peuvent militer en faveur de notre opinion.

Nous arrivons maintenant à l'étude du poids du nouveau-né.

Le premier travail important qui ait paru sur cette question est celui de Quetelet (1).

D'après 119 observations prises à la Maternité de Bruxelles, Quetelet a recherché quel est le poids moyen des enfants à leur naissance.

A propos de l'accroissement du nouveau-né, nous aurons l'occasion de revenir sur ce travail; mais, relativement au poids du nouveau-né, voici la conclusion du statisticien Belge :

« Dès la naissance, dit-il, il existe une inégalité de poids « entre les enfants des deux sexes.

« Le poids moyen des garçons est de 3 k. 20 gr., le poids « moyen des filles est de 2 k. 910 gr. »

La même année des recherches très-nombreuses ont été faites dans le même sens à la Maternité de Paris. On a trouvé, comme valeur moyenne, 6 livres 1/4 (en mesures nouvelles, 3060 gr.).

Dans son étude médico-légale de l'infanticide, M. le professeur Tardieu donne le tableau du poids de 4014 enfants nés à terme, à la Maternité de Paris. M. Tardieu fait suivre ce tableau de considérations très-intéressantes sur les poids extrêmes au delà desquels un expert ne doit pas admettre qu'un enfant est à terme. « Nos chiffres, dit-il, nous donnent un maximum de « 5300 gr., poids déjà constaté par Baudelocque. Mais, c'est là « certainement un poids exceptionnel, de même que tous ceux « qui dépassent 4500 gr., puisque nous n'en comptons que 20 « sur 4000 enfants.

« Entre 4 kil. et 4 kil. 500 gr. on en trouve 115 et 493 de « 3 kil. 600 gr. à 4 kil.

« Le minimum a dans la pratique plus d'intérêt encore. Dans « les conditions normales on ne peut admettre qu'il s'abaisse « au-dessous de 2 kil. Casper l'a fixé à 2 kil. 500. Entre ces

---

(1) Quetelet. *Essais sur l'homme et le développement de ses facultés*, 1835. — *Recherches sur le poids de l'homme aux différents âges*, 1833.

« deux chiffres le tableau que j'ai dressé ne contient que 48 cas. « C'est seulement dans des cas pathologiques que des nouveau-« nés, très-manifestement à terme, ont présenté un poids infé-« rieur. On l'a vu tomber à 1200 gr. par suite d'une altération « des deux tiers du placenta; mais, dans ces cas les diverses « parties du corps présentaient un développement régulier. « Il en pourrait être ainsi, également, dans les cas de grossesses « gémellaires. Ce qui importe, est de considérer le développe-« ment général, en même temps que le poids.

« On sera de la sorte conduit à admettre que si un nouveau-né « de 1200 à 1500 gr. peut quelquefois être à terme, il ne peut « pas ne pas l'être, s'il en pèse 3000. Paul Dubois a très-heureu-« sement insisté sur ce fait constant, en dégageant des charges « d'une paternité de rencontre, un jeune étudiant qui était venu « lui confier qu'un enfant, dont il croyait être le père, venait de « naître à 7 mois pesant 3000 gr. Un nouveau-né de ce poids est « certainement et toujours à terme. »

En résumé, nous pouvons établir qu'au moment de la naissance, *un enfant à terme et bien conformé, doit peser en moyenne de 3000 à 3250 gr.*

Toutefois, ce chiffre est loin d'être absolu, et bien des circonstances peuvent le modifier. Un accident ou une maladie, par exemple, survenant dans le cours d'une grossesse, aura toujours une influence fâcheuse sur le développement du fœtus, et partant sur le poids du nouveau-né. C'est ainsi que les vomissements trop fréquents, les hémorrhagies trop abondantes de la grossesse, réduisent beaucoup le poids des enfants.

Les varices très-communes chez les pluripares, l'alcoolisme, la scrofule, donnent les mêmes résultats. La syphilis, enfin, exerce, le plus souvent, une influence considérable sur le poids de l'enfant.

Mais, sans quitter le domaine de la physiologie, il est un certain nombre de conditions en vertu desquelles la moyenne que nous avons donnée plus haut, cessera d'être vraie.

Parmi ces conditions, les unes sont inhérentes à l'enfant, les autres dépendent de la mère.

Dans le premier groupe, se rangent le sexe et le nombre

des enfants jumeaux ; le second a trait à l'âge de la mère et à son état de primi ou de multiparité.

L'influence du sexe a été constatée par tous les observateurs ; Au moment de la naissance, les *filles sont moins pesantes que les garçons ;* cette différence peut être évaluée en moyenne à 145 grammes. Tel est du moins le chiffre que nous avons obtenu en relevant les statistiques de Quetelet, de Winckel, du Dr Foisy et de M. Lauro de Franco. Nous y voyons en effet que la moyenne du poids des filles peut être évaluée à 2,910 gram.

Dans les accouchements gémellaires, on retrouve encore une différence de poids très-marquée, à l'avantage des garçons ; mais ici la moyenne générale du poids des garçons et du poids des filles subit une diminution notable. Cette faiblesse relative du poids des jumeaux, constatée déjà par MM. les professeurs Malgaigne et Tardieu se trouve vérifiée dans le travail du Dr Foisy (1). D'après l'observation de 13 grossesses doubles, il évalue à 2,350 grammes le poids moyen des garçons, et à 2,013 celui des filles.

Tout récemment enfin, M. Lauro de Franco (2) a eu l'occasion d'observer 20 grossesses gémellaires et une triple à la direction municipale des nourrices. Le tableau qu'il en donne confirme pleinement les résultats du Dr Foisy.

L'âge de la mère, avons-nous dit, et son état de primi ou de multiparité peuvent aussi influencer le poids de l'enfant.

Les travaux de Hecker (de Munich), de Mathews Duncan (4), (d'Edimbourg), et du Dr Foisy (5), ne laissent aucun doute à cet égard. Il résulte en effet de leurs recherches que *les enfants des multipares sont plus lourds que ceux des primipares.*

---

(1) Foisy. *Quelques applications de la balance à l'étude physiologique et clinique des nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1873.

(2) Lauro de Franco. *Etudes historiques et recherches sur le poids et la loi de l'accroissement des nouveau-nés*. Thèse de Paris, 1874.

(3) Hecker (de Munich). *Sur le poids et la taille des nouveau-nés dans leurs rapports avec l'âge de la mère. Rec. mens. d'acc. et de mal. des femmes.* Berlin, septembre 1865.

(4) Mathews Duncan. *Sur le poids et le volume des nouveau-nés comparés à l'âge de la mère. Edinburgh medic. journ.*, et *Ann. d'hygiène*, 1865, 2e série, t. XXIV.

(5) Foisy. *Loc. cit.*

Toutefois, cette différence de poids paraît tenir bien moins à l'état de primi ou de multiparité de la mère qu'à son *âge* plus ou moins avancé. Cette influence de l'âge a été démontrée avec beaucoup de précision par le professeur Mathews Duncan. Des observations très-nombreuses l'ont amené à cette conclusion que la vigueur du système reproducteur de la femme, attestée par le poids de l'enfant, va croissant jusqu'à la période de 25 à 30 ans, pour diminuer ensuite jusqu'au dernier terme de la fécondité.

La constatation de cette loi lui avait inspiré une réflexion assez originale : « Dans le vulgaire, dit-il, on prétend que le « premier accouchement chez une femme d'âge moyen est gé- « néralement grave ; cela ne tiendrait-il pas à ce que l'enfant « d'une femme qui n'est plus très-jeune offre plus de volume ? « D'autre part, on observe que les vieilles primipares accou- « chent aisément ; cela dépend probablement de ce qu'aux der- « nières limites de la fécondité le volume de l'enfant est nota- « blement réduit. »

Tableau 1.

AGE DE LA MÈRE.	MULTIPARES.				PRIMIPARES.			
	GARÇONS.		FILLES.		GARÇONS.		FILLES.	
	Nombre des cas d'accouchements.	Poids moyen.	Nombre des cas d'accouchements.	Poids moyen	Nombre des cas d'accouchements.	Poids moyen	Nombre des cas d'accouchements.	Poids moyen
15 à 19 ans....	8	3.125	10	3.205	44	3.260	37	3.155
20 à 24 ans....	85	3.318	97	3.164	136	3.267	134	3.021
25 à 29 ans....	122	3.331	114	3.290	55	2 969	44	3.116
30 à 34 ans....	57	3.390	62	3.454	12	3.212	12	3.140
35 à 39 ans....	34	3.391	37	3.343	»	»	»	»
40 à 50 ans...	10	3.405	8	3.411	»	»	»	»

Des recherches plus récentes du Dr Foisy sont venues confirmer entièrement les résultats de Mathews Duncan, relativement à l'influence de l'âge de la mère sur le poids de l'enfant.

Mais, au point de vue de l'âge de la mère, auquel doit correspondre le poids maximum de l'enfant, les moyennes du Dr Foisy diffèrent assez notablement de celles de Mathews Duncan. On peut s'en convaincre en lisant le tableau I, dans lequel M. le Dr Foisy a résumé le poids moyen des enfants nés à terme, par rapport à l'âge de la mère, et à son état de primi ou de multiparité.

On y voit en effet que le poids maximum des garçons répond à la période de 40 à 50 ans, et celui des filles à la période de 30 à 34 ans, tandis que Duncan avait trouvé le poids le plus considérable dans la période de 25 à 30 ans.

Quoi qu'il en soit, la relation intime qui existe entre l'âge de la mère et le poids de l'enfant se trouve entièrement démontrée.

PAUL SEGOND.

(*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

INFLUENCE DU CHLOROFORME SUR LE FŒTUS PENDANT LE TRAVAIL DE L'ACCOUCHEMENT.

Le Dr Zweifel (*Berliner Klinische Wochenscrift*), de Strasbourg, a fait récemment quelques recherches, en clinique obstétricale, qui tendraient à prouver que cet agent anesthésique, administré aux femmes, pendant le travail, a plus d'effet sur le fœtus *renfermé dans l'utérus*, qu'il ne l'est généralement admis. — Dubois avait du reste déjà établi que l'anesthésie de la mère rend les battements du cœur du fœtus plus fréquents. L'auteur a observé plus souvent l'ictère chez les nouveau-nés après l'usage du chloroforme; mais, doit-on attribuer certainement cet effet à l'action de ce dernier agent? Son attention a

tout d'abord été sérieusement attirée par l'haleine d'un enfant qui, né depuis quelques heures, présentait encore une odeur bien distincte de chloroforme. L'accouchement avait eu lieu pendant que la mère était anesthésiée; mais, aussitôt après la délivrance, on avait pris soin de placer l'enfant dans une chambre où l'on n'avait pas fait usage du chloroforme. Peu de temps après, dans le but de déterminer d'une façon positive si l'agent se trouve transmis au fœtus par l'intermédiaire de la circulation maternelle, il institua l'expérience suivante : il prit un placenta tout frais, qui venait d'être expulsé plus d'une heure auparavant, par une femme à laquelle le chloroforme avait été administré pendant environ 15 minutes, et il le plaça dans un vase hermétiquement fermé, après l'avoir bien débarrassé de tout caillot. Le jour suivant, au moment où le vase fut ouvert, on perçut une odeur bien accusée de chloroforme, dont la présence fut, du reste, surabondamment prouvée par l'examen ultérieur que l'on fit du placenta.

Un autre témoignage, invoqué par l'auteur, et qui vient à l'appui de l'influence de l'agent anesthésique sur le fœtus, est l'examen qu'il a fait subir aux urines de l'enfant.

Comme conclusion, il observe que, puisque l'usage des narcotiques est d'une façon générale contre-indiqué pour les jeunes sujets, il serait important de déterminer au juste jusqu'à quel degré on peut pousser l'anesthésie chez les femmes en travail, sans danger pour le fœtus.

(Traduit de *The Boston medical and surgical journal*, 10 septembre 1874, par le Dr GILLETTE).

DE LA CAUTÉRISATION DU COL DE L'UTÉRUS ET DES ACCIDENTS QUI PEUVENT EN ÊTRE LA SUITE.

Par le Dr Boissarie,
Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Sarlat.

Il n'est pas d'opération plus universellement répandue, d'un usage plus journalier que la cautérisation du col de l'utérus.

Elle semble douée d'une immunité absolue, à tel point qu'on l'ap-

plique sous toutes les formes, comme une panacée universelle, au traitement de toutes les maladies de matrice. Cette immunité, pourtant, n'est pas sans limites; Aran l'a formellement démontré dans les termes suivants : « C'est une puissante méthode de modification « que la cautérisation du col de l'utérus. Malheureusement, on en « a tant abusé, que je pense qu'il y a lieu de la restreindre, surtout à « cause des accidents dont elle peut être suivie. Ces accidents sont « rares, mais ils n'en existent pas moins, et, pour ma part, j'ai ob- « servé trois cas de péritonite mortelle à la suite de la cautérisation « actuelle, etc. »

Courty n'est pas moins explicite. « La cautérisation, dit-il, a fait « déjà autant de bien que de mal, en aggravant ou perpétuant nombre « de maladies qui auraient guéri sans elle. »

Tout le monde repousse bien les cautérisations profondes, énergiques, lorsque le péritoine ou les annexes de l'utérus ont déjà subi le plus léger retentissement inflammatoire. Mais, en dehors de ces réserves, il règne une confiance aveugle dans l'innocuité de ce moyen, et on l'emploie chaque jour sans crainte aucune, et aussi le plus souvent sans inconvénient.

Il existe pourtant des susceptibilités individuelles qui ne sont que des exceptions dans la loi commune, mais qui ne se prêtent pas sans danger à cette pratique générale. Quatre fois, avec des cautérisations même superficielles, nous avons réveillé des souffrances très-vives, observé des symptômes alarmants chez des malades qui semblaient ne présenter aucune contre-indication à ce genre de traitement.

L'intérêt de nos observations réside surtout dans ce défaut de relation entre la cause et les effets produits. Tous les médecins ont pu observer des faits semblables. Dans tous les traités des maladies des femmes, ont recommande expressément le repos, les émollients pour prévenir et éviter tous les accidents qui peuvent suivre la cautérisation. Ces recommandations seraient sans but si elles ne visaient pas des cas exceptionnels comme les nôtres, car, d'ordinaire, elles sont inutiles.

Je suis donc porté à croire que tous les praticiens ont rencontré comme moi des cas semblables à ceux que nous allons citer, mais je crois aussi qu'il y a intérêt à les faire connaître, à les publier. Il suffit en effet d'en être instruit pour éviter des mécomptes et pouvoir rassurer les malades.

Voici dans quelles circonstances j'ai observé ces accidents.

Le 6 juin, je cautérisais au fer rouge une femme âgée de 36 ans, atteinte depuis longtemps d'accidents hystériques, et présentant actuellement tous les symptômes d'une métrite chronique avec écoulement leucorrhéique abondant. Le col était volumineux, rouge, légèrement entr'ouvert, fongueux. J'avais employé l'année précédente

le nitrate d'argent, la teinture d'iode en application sur le col, etc.; ces divers moyens, aidés des eaux de Saint-Sauveur, avaient déterminé une amélioration passagère; mais l'affection avait repris son intensité première, et le fer rouge semblait devoir répondre à toutes les indications.

Je la cautérisai donc, le 6 juin, avec les précautions ordinaires. Les suites immédiates de l'opération ne présentèrent rien de particulier; mais le soir, vers dix heures, la malade fut prise de douleurs violentes qui, partant des reins, descendaient dans les membres inférieurs, en suivant le trajet des nerfs lombo-sacrés. Ces douleurs se produisirent d'abord sous forme d'élancements et devinrent ensuite sourdes, gravatives. Les souffrances étaient si vives qu'elles arrachaient des cris continuels à la malade. Il y avait des nausées, des vomissements, une grande dépression. Le pouls était faible, presque insensible. L'angoisse de la famille était grande, et j'étais loin d'être moi-même rassuré. Malgré les bains l'opium à haute dose, etc., etc., cet état se prolongea toute la nuit. Le matin, il survint un peu de calme; mais la prostration était si complète que la malade ne put quitter le lit de toute la journée, et qu'elle se ressentit pendant plusieurs jours de cette terrible épreuve.

Sans me rendre un compte exact de la nature de ces accidents, j'hésitais à les attribuer au fer rouge. Ancien interne de Jobert, j'avais dans cette médication et dans son innocuité une confiance très-grande: je l'avais vu employer sous tant de formes et avec une telle hardiesse, que je m'étais familiarisé avec son emploi. Je résolus donc de persister dans le même mode de traitement, et, le mois suivant, je pratiquai sur la même malade une seconde cautérisation au fer rouge. C'était à la fin de juillet, la cautérisation fut peu profonde, la malade s'en aperçut à peine, et, pendant toute la journée, ne ressentit qu'une légère courbature. Le soir, des douleurs violentes se déclarèrent, comme la première fois, les vomissements, les crampes dans les jambes reparurent également; toute la nuit se passa au milieu de souffrances cruelles que rien ne put arrêter. Pendant plusieurs jours, la malade souffrit d'une lassitude extrême, d'une faiblesse très-grande dans les membres inférieurs, qui pouvait faire craindre une paraplégie commençante. Après ces deux tentatives, il ne fallait pas songer à de nouveaux essais : j'abandonnai tout traitement local, ma malade partit pour les eaux de Bagnères, d'où elle est revenue dans des conditions meilleures.

Quelques jours après, un second cas analogue, mais plus surprenant encore, se présentait à mon observation. Une jeune femme, d'une bonne santé habituelle, mariée depuis dix-huit mois, n'ayant pas eu d'enfant, était atteinte d'un ulcère granuleux du col au pourtour de l'orifice. Je la cautérisai avec le crayon de nitrate d'argent. Il

n'en résulta d'abord rien de particulier; mais, cinq jours après, cette malade fut prise brusquement de douleurs très-vives. Toute sa physiomie exprime la souffrance : le pouls est très-faible; elle se plaint de crampes dans les membres inférieurs; le ventre n'est pas ballonné, n'est pas douloureux profondement; c'est plutôt une hyperesthésie cutanée qui, partant des reins, descend dans les flancs et la région iliaque. Il n'y a pas de sommeil; la malade refuse toute nourriture, et ces symptômes persistent pendant trois jours, malgré les applications de chloroforme à l'extérieur, l'opium et le chloral à l'intérieur. Enfin, le quatrième jour, un mieux sensible se déclare. Le lendemain, la malade se lève et se rétablit rapidement.

Je profite de ce moment de répit pour l'envoyer passer deux mois à la campagne, et à son retour, en novembre dernier, je la retrouve dans les conditions premières. La leucorrhée est assez abondante, et l'ulcération granuleuse persiste toujours. Je la cautérise d'abord avec la teinture d'iode sans déterminer aucun accident; encouragé par ce résultat, je veux reprendre le nitrate d'argent; mais, à peine, avec le crayon, ai-je touché l'orifice du col, que la malade pousse un cri; il lui semble, dit-elle, qu'on lui arrache les jambes; elle ne peut se soutenir; il faut la rapporter dans son lit. Les douleurs vont en augmentant dans la soirée et se prolongent toute la nuit, avec les mêmes caractères que dans la première crise. Elles s'éteignent pourtant le lendemain pour disparaître entièrement le jour suivant.

Dans ce dernier cas, la relation entre la cautérisation et les accidents qui ont suivi a été si directe, si immédiate, qu'il n'est plus possible de la mettre en doute. Voilà donc deux malades chez lesquelles les cautérisations, au fer rouge d'abord, au nitrate d'argent ensuite, provoquent des accidents graves, en apparence du moins, mais dans tous les cas fort douloureux. Ces douleurs, également brusques dans leur début et leur terminaison, l'absence de fièvre, tout exclut l'idée d'une péritonite et ou d'une affection inflammatoire des organes génitaux. Par leur siége, ces douleurs semblent se rattacher aux névralgies des plexus lombaires. Elles occupaient, en effet, la région dorso-lombaire, la paroi abdominale antérieure, s'irradiaient dans les membres avec le caractère fulgurant, étaient accrues par un attouchement superficiel.

On connaît le retentissement que les affections de l'utérus ont sur la moelle épinière. C'est dans cet ordre d'idées que les paralysies d'ordre réflexe ont été admises par Brown-Séquard d'abord, et ensuite par Nonat, Courty et autres, et la Société obstétricale de Londres a cité, dans ces derniers temps, des cas de tétanos consécutifs à des lésions utérines.

Dans les observations que nous venons venons de résumer, nous avons manifestement des névralgies d'origine réflexe; ces névralgies,

dans leur intensité, semblent indépendantes de la cause qui les a produites; le nitrate d'argent donne lieu aux mêmes douleurs que le fer rouge.

On trouve peu d'exemples, dans les auteurs, d'accidents de cette nature. Aran dit cependant que les cautérisations au nitrate d'argent réveillent les anciennes douleurs lombaires, iliaques et hypogastriques. H. Bennet affirme qu'une ulcération dont la vitalité a été modifiée par la cautérisation peut donner lieu, par suite, à de vives douleurs. West n'attribue qu'à la potasse caustique introduite dans le canal cervical l'inconvénient de produire des douleurs très-violentes accompagnées de nausées, vomissements, et qui peuvent durer deux ou trois jours; dans ce cas, l'inflammation locale explique les accidents consécutifs.

Dans la *Gazette des hôpitaux* (4 décembre 1873), on rapporte l'observation d'une injection vaginale suivie de mort, et, dans le même numéro, on cite plusieurs faits dans lesquels les cautérisations les plus légères, le simple toucher, ont déterminé la mort; l'autopsie est venue montrer dans ces cas qu'une tubite purulente déjà ancienne et le passage du pus dans le péritoine avaient entraîné la terminaison fatale; dans la plupart des cas, il est probable même qu'une simple coïncidence a été interprétée comme une relation de cause à effet.

Les faits que nous venons de rapporter sont plus simples et plus faciles à expliquer, ils paraissent ne se rattacher à aucune lésion matérielle des organes génitaux; ils dépendent de susceptibilités individuelles impossibles à préciser d'avance; ils peuvent donner le change sur leur véritable nature et inspirer de vives inquiétudes.

A ces points de vue, leur étude offre de l'intérêt; il est souvent plus utile de connaître les complications qui peuvent suivre les opérations dont l'usage nous est plus familier, dont la pratique est la plus répandue, que d'être instruit d'un fait intéressant et curieux, mais rare et tout à fait exceptionnel. — (*Bulletin de la Société médicale d'observation de la Dordogne*, mai-juin 1874.)

REVUE CLINIQUE

CAS D'EXSTROPHIE COMPLÈTE DE LA VESSIE

CHEZ UN ENFANT DU SEXE FÉMININ, NÉ A TERME.

Par le Dr L. Pénard (de Rochefort),
Ex-professeur d'accouchements à l'Ecole de médecine de Rochefort.

Le 21 mars 1873, j'assistais Madame X..., dans son premier accouchement, qui s'effectue avec un peu de lenteur, mais tout naturellement cependant. Je reçois un enfant *du sexe féminin* portant une *exstrophie complète de la vessie.*

Les parents sont jeunes et normalement constitués. Ils affirment que dans leurs familles, il n'a jamais existé de vice de conformation d'aucune sorte et qu'aucun lien de consanguinité n'existe entre eux.

La tumeur résultant de l'inversion de la vessie occupe tout l'hypogastre. Elle a un peu plus de 3 centimètres de diamètre dans tous les sens, est d'un rouge vif, et, dans les quatre ou cinq premiers jours, donne même des gouttelettes de sang par place, dès que l'enfant crie. Si on presse sur elle, un peu fortement d'avant en arrière, on la refoule jusqu'à rendre sa surface de niveau avec le reste de la paroi abdominale ; mais, dès qu'elle est abandonnée à elle-même, poussée *à tergo* par l'intestin, elle forme de suite une saillie de 2 centimètres environ si l'enfant est calme, de 3 centimètres passés si l'enfant pousse des cris et s'agite. Sur tout le pourtour, il y a une petite zone, où la muqueuse est moins lisse qu'au centre et réellement tomenteuse, et c'est le bord externe de cette zone qui se continue avec peau.

En haut, se voit le cordon, dont la base semble s'implanter autant sur la tumeur que sur la peau, et qui n'offre rien d'anormal dans sa composition. En bas, se voient deux petites saillies, deux espèces de mamelons, distants de 6 à 7 millimètres l'un de l'autre, et sous lesquels s'échappent constamment des gouttes

d'urine. C'est là, évidemment, que s'ouvrent les urétères ; mais, les orifices mêmes de ces canaux ne font que se laisser deviner ; on ne peut se rendre compte clairement ni de leur forme, ni de leur direction, pas même au moment où l'enfant crie, se roidit, et où l'urine s'échappe des uretères presque par jets.

Il n'y a pas de symphyse pubienne ; les os pubiens manquent même dans presque toute leur longueur ; entre eux, on peut engager facilement l'extrémité de deux doigts. Les os iliaques sont déjetés en dehors, au point de donner, entre les deux épines iliaques antérieures et supérieures, un écartement de plus de 8 centimètres au lieu de 6. Et, de ce déjettement, résulte une attitude particulière des membres inférieurs, que l'on trouve constamment étalés, de façon à présenter, dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, leur face interne tournée presque directement en avant, la pointe des pieds très en dehors, par conséquent.

Cette tumeur, formée par la vessie exstrophiée et cette anomalie concomitante de la paroi antérieure du bassin, ont été déjà décrites parfaitement dans les principaux traités de chirurgie ou de tératologie ; mais ce qui ne l'a pas été aussi bien, c'est l'arrêt de développement des organes génitaux, surtout dans le sexe féminin, plus rarement atteint que l'autre, du reste, du vice de conformation en question. Aussi, trouvera-t-on dignes d'intérêt, assurément, les détails qui suivent :

Il n'existe du vagin que la paroi postérieure, qui se montre à ciel ouvert sous forme d'une petite gouttière plissée en travers et d'un rose vif ; longue de 12 millimètres au plus, et large de 3 à 4 seulement, cette gouttière est limitée : en bas, par un petit repli, rudiment de ce qu'on est convenu d'appeler *la fourchette* ; — de chaque côté, par un gros mamelon cutané, très-blanc, qui n'est évidemment que la grande lèvre ramassée par en bas, comme pelotonnée, grande lèvre surmontée, du reste, d'un vestige de nymphe ; — et, en haut, par une sorte de cul-de-sac, qui est le pli de jonction de la paroi vésicale inversée avec la paroi vaginale, et au fond duquel on n'aperçoit rien qui puisse donner l'idée d'un col utérin ; à moins qu'on ne veuille regarder comme tel, un petit tubercule rosé, un peu plus gros qu'une tête

d'épingle, mais sur lequel, s'aidant d'un stylet boutonné très-fin, il est impossible de trouver un orifice.

Ce manque absolu d'organes génitaux (de copulation et même de reproduction), doit faire de cette observation une observation unique dans son genre. Parmi celles enregistrées dans les annales de la science, je n'en trouve aucune qui lui ressemble.

Ici se présente la question de savoir : ce qu'il est possible de tenter dès à présent et ce que l'on pourra faire plus tard, afin de rendre l'infirmité de cette petite fille moins dégoûtante pour elle-même et pour ceux qui l'aborderont.

Le pansement consiste à nettoyer plusieurs fois par jour, par des aspersions d'eau tiède, la tumeur et les parties génitales, puis à les recouvrir d'un papier fenêtré enduit de cérat et d'un gâteau d'ouate; rien de plus, et tout va pour le mieux. L'enfant, qui a une très-bonne nourrice, tette bien, digère bien, dort bien, engraisse rapidement et ne paraît pas être dans de moindres conditions de viabilité que s'il était normalement conformé.

Circonstance heureuse, il a un sphincter anal très-contractile et un périnée ordinaire.

Le cordon ombilical s'est détaché le cinquième jour, sans le moindre accident, et, sur le point d'élimination, s'est formée une cicatrice, un ombilic, qui n'est que la moitié d'un ombilic ordinaire. C'est un repli cutané semi-lunaire, un peu frisé, qui retombe sur la partie supérieure de la muqueuse inversée.

L'enfant a continué à se bien porter et aujourd'hui, 8 avril 1874, elle est réellement une des petites filles de son âge les mieux développées.

Je me demanderai maintenant s'il n'y aurait pas quelque operation à tenter?

Il n'y a plus à songer, en pareil cas, à une opération *radicale*. Avec la peau des environs, on ne peut pas créer pour la vessie la paroi qui lui manque; c'est une opération qui a été essayée plusieurs fois et qui n'a jamais réussi. Il faut la classer définitivement dans les rêves généreux de la chirurgie. — Mais ne pourrait-on pas songer à quelque chose de plus simple, à une opération purement *palliative*?... Si les parents de l'enfant y eussent consenti, j'aurais avivé les deux tiers supérieurs de

chaque grande lèvre, amené ensuite au contact ces deux replis cutanés très-flexibles, très-facile à rapprocher, et je les eusse maintenus réunis par une suture entortillée, absolument comme on le fait pour un bec-de-lièvre ; — et ajoutons à cela quelques précautions de sûreté pour le rapprochement, soit bandage unissant, soit incisions de glissement, *le soin non moins important de mettre la suture à l'abri du suintement urinaire*, par l'interposition d'une languette de taffetas ciré ou de toile de caoutchouc entre elle et la muqueuse vésicale, je ne doute pas que je ne fusse arrivé à un heureux résultat. Je n'eusse pas créé une vraie paroi antérieure à la vessie, c'est évident ; mais j'aurais eu un pont, une large bride, pouvant servir utilement, d'abord, à contenir un peu l'exstrophie, mais surtout à amener les urines à tomber plus directement et plus sûrement dans le réservoir artificiel dont il va falloir bientôt se servir. En un mot j'aurais obtenu, le voulant, ce que notre habile chirurgien, Jules Roux, aujourd'hui inspecteur général du service de santé de la marine, obtint, chez une jeune forçat à Toulon, il y a une vingtaine d'années, en cherchant à obtenir plus, une paroi vésicale complète. Je livre, du reste, mon idée, aux réflexions des habiles chirurgiens de notre époque.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Kyste volumineux de la nuque et des parties latérales du cou chez un fœtus de quatre mois et demi, par M. Paul GUILLAUMET, interne à Saint-Lazare. — La nommée Ant...., 30 ans, jardinière, est entrée à l'infirmerie de la première section le 30 juin 1874, service de M. le Dr Costilhes.

C'est une femme d'une taille moyenne, sans embonpoint, mais qui paraît douée d'une bonne constitution. Elle a le teint bruni des personnes de la campagne ; elle n'a, du reste, jamais habité la ville et n'a cessé de travailler la terre.

Réglée à seize ans, elle n'a jamais eu d'autres maladies, jusqu'à cet

âge, qu'une fièvre typhoïde à onze ans, et plus tard, quelques douleurs névralgiques. Formée sans effort, elle vit ses époques avec une assez grande irrégularité jusqu'à son mariage Mariée à dix-huit ans, elle accouche, dix mois après, d'un premier enfant à terme, bien constitué, qui meurt, à sept mois, de convulsions.

Deux ans après, deuxième enfant, né à terme également, mais avec des couches longues et pénibles; il a le même sort que le premier, et succombe aux convulsions à deux mois et demi. Puis, viennent deux autres enfants dont elle accouche à terme, et qui tous deux sont vivants et bien portants. Enfin, un cinquième vient au monde à huit mois de grossesse et meurt au bout de quinze jours. Le sixième est celui qui fait le sujet de cette observation.

Quand elle entre à l'infirmerie, la malade annonce une grossesse de quatre mois et se plaint de douleurs intermettentes dans le ventre. Elle prétend avoir vu ses dernières règles le 11 janvier, ce qui pouvait faire croire à une grossesse de plus de cinq mois, tandis que l'interrogation et la hauteur du col de l'utérus, dans l'abdomen, n'annoncent pas une gestation de plus de quatre mois et demi au plus.

Des lavements, des cataplasmes laudanisés eurent bientôt triomphé de ces douleurs, assez légères en somme, et elle ne restait plus à l'infirmerie que par suite d'une grande fatigue dans les jambes et une impossibilité à la marche que pouvaient expliquer, jusqu'à un certain point, d'énormes varices superficielles, et probablement aussi profondes, des jambes et des cuisses s'étendant jusqu'aux grandes lèvres.

Le 11, à onze heures du soir, elle fut prise de douleurs, qu'elle comparait aux douleurs du travail, mais elle ne voulut réveiller personne, et continua de souffrir progressivement, de plus en plus, surtout à partir de deux heures, jusqu'au matin; à sept heures, quand nous fûmes appelé, la poche des eaux faisait saillie à la vulve; une légère traction amena l'œuf intact avec le placenta.

La malade nous dit alors que, la veille de son entrée à l'infimerie, elle était passée en jugement et en avait ressenti une très-violente émotion. Son enfant, qui d'après son dire, avait commencé à remuer quelques jours avant, cessa, à partir de cette époque, de manifester son existence.

Cinq ou six jours avant cet accouchement prématuré, elle avait éprouvé une douleur assez vive dans le côté droit; mais, assez dure à la souffrance, elle n'avait pas jugé à propos de se plaindre.

L'ouverture des membranes laissa échapper un liquide brun, couleur café au lait foncé et un fœtus qui nous a paru digne d'intérêt à plus d'un titre.

D'abord, l'épiderme macéré se détache en longues lamelles sur presque toutes les parties du corps. Les pieds et les mains sont le

siége d'un œdème, aussi marqué à la face dorsale qu'à la face plantaire, ou palmaire. Les membres eux-mêmes n'échappent pas à cette infiltration et sont un peu plus volumineux que ne le comporterait leur longueur; mais le liquide y est en petite quantité, il n'a pas altéré la forme, mais on distingue très-aisément les muscles. Les téguments de la partie supérieure du crâne participent aussi, bien que faiblement, à cet état général. Le ventre lui-même paraît plus gros qu'à l'état normal.

Enfin, à la nuque, existe une tumeur du volume d'une petite orange, recouverte de téguments d'apparence normale, un peu irrégulière, mais avec une large base d'implantation. La circonférence de la base s'étend au dos et jusqu'aux parties latérales du cou. Dans toute son étendue, la tumeur est molle et manifestement fluctuante. On ne perçoit dans son extérieur aucune saillie, aucun corps dur. Au crâne, point de bourrelet osseux. On ne peut apprécier, sur l'occipital et sur la colonne vertébrale, aucune solution de continuité; mais cette exploration est imparfaite, à cause de la présence du liquide, et surtout du volume de la tumeur. La pression ne fait pas diminuer la tumeur, ce qui pourrait être l'indice de l'absence de communication avec la cavité crânienne. Le liquide de la poche est transparent. Pas de résonnance à la percussion, par conséquent, pas de gaz dans la cavité.

Faire le diagnostic de cette tumeur sans l'ouvrir, avec les seules ressources que nous venons d'énumérer, chez un fœtus aussi jeune et dans l'état de mort, alors que la vie aurait pu fournir de si précieux enseignements, n'était pas chose facile. Aussi, avons-nous voulu présenter devant la Société anatomique le sujet tel que nous l'avons reçu, nous réservant postérieurement d'élucider la question, par l'ouverture de la poche et une dissection attentive de ses enveloppes. Nous avons pensé qu'il y avait quelque intérêt à voir le volume de cette tumeur considérable, relativement à l'individu.

En présence de l'infiltration du sujet, on aurait pu croire à une conséquence de l'état général. Mais, le volume de la tumeur et de petits cheveux argentés, déjà visibles à l'œil nu, et très-distincts à la loupe, s'étendant sur presque toute la surface de la tumeur, firent éloigner l'idée d'une altération cadavérique. Bien que l'état du fœtus indiquât une mort remontant à plusieurs jours, la seule présence de ces cheveux montrait qu'il s'agissait d'un cas pathologique, dont l'existence avait précédé la mort.

Restait donc l'hypothèse d'une tumeur de nature kystique, ou d'une méningocèle et d'un spina-bifida réunis, bien que le spina-bifida de cette région soit une exception.

On ne pourrait songer à une hématôme à cause de la transparence absolue du liquide, pas plus qu'aux autres tumeurs de cette région, qui se caractérisent par des signes distinctifs, et en quelque sorte pathognomoniques.

L'ouverture de la tumeur, faite devant la Société anatomique, donne issue à une dizaine de grammes d'un liquide rougeâtre, assez semblable à celui qui s'écoule à la deuxième ou troisième ponction de certaines pleurésies.

On se trouve alors en présence d'une vaste cavité, partout tapissée par une membrane de tissu cellulaire qui contraste, par sa couleur blanche, avec les tissus voisins. Cette membrane est peu épaisse et fort translucide, assez comparable à une baudruche très-mince.

La poche s'étend en hauteur depuis la partie supérieure de la base occipitale, jusqu'à la région dorsale qui correspond à l'angle inférieur de l'omoplate, mesurant, par sa partie convexe, 10 cent. et 5 mill., tandis que la distance qui sépare la bosse occipitale de l'angle inférieur de l'omoplate après l'ouverture n'est que de 5 cent. 7 mill. La longueur totale du fœtus est de 19 cent. et 6 mill.

La poche est partagée en trois loges. Une grande loge, qui est la plus superficielle, et deux autres, qui se trouvent sur les côtés de la colonne vertébrale, séparées de la grande par une sorte de tente, étendue de la colonne aux parois latérales, percée à la manière de la tente du cervelet, à gauche des deux ouvertures circulaires, de la largeur d'une pièce de vingt centimes, à droite, d'une seule ouverture de la circonférence d'une pièce de un franc.

Ce qui montre que ces ouvertures ne sont pas le fait d'une déchirure accidentelle pendant l'ouverture de la tumeur, c'est qu'elles présentent à leur circonférence comme un anneau formé de même tissu, mais, plus épais, et que leur bord, au lieu d'être nettement déchiré, est mousse et arrondi.

La loge profonde droite s'étend dans la région mastoïdienne jusque derrière l'oreille, qu'elle soulève; dans la région latérale du cou, et au-dessus du moignon de l'épaule, par l'intermédiaire d'une nouvelle petite poche, communiquant avec la précédente à la manière de celles dont nous avons déjà parlé. Le même phénomène s'observe du côté gauche, avec cette différence qu'il n'y a qu'une poche secondaire au lieu de deux.

Notons, qu'en avant du cou, ces poches semblent n'avoir trouvé de barrière que dans les muscles des régions sus et sous-hyoïdiennes. Elles descendent sur les côtés jusqu'à la clavicule et à l'acromion.

La dissection des enveloppes nous a démontré qu'aucune communication n'existait avec le crâne où avec la colonne vertébrale.

Au crâne, aucune ouverture, aucune hernie.

Partout le péricrâne est intact et parfaitement résistant. A la colonne vertébrale, aucune trace d'absence de réunion.

Il s'agit donc bien d'une tumeur absolument extérieure, et sans communication avec le crâne et la colonne vertébrale.

C'est un kyste, un kyste à plusieurs loges communiquant entre

elles. Kyste considérable par rapport au fœtus, qui en est porteur, et qui, fort probablement, aurait pris encore du développement si la grossesse avait suivi son cours. La vie du fœtus n'était pas incompatible avec cette tumeur, qui, n'intéressant aucun des organes in dispensables à l'existence, ne jouait qu'un rôle passif.

On est donc en droit de songer aux difficultés d'un accouchement à terme dans ces conditions, et à l'embarras de l'accoucheur dans le cas de volume considérable de la tumeur.

Ce cas, sans être absolument rare, est cependant loin d'être commun. (*Séance du 17 juillet* 1874.)

VARIÉTÉS.

Sur le traitement du prolapsus utérin. — Le Dr Lafont-Gouzy a présenté à la Société médicale de Toulouse des considérations intéressantes sur le traitement du prolapsus utérin. Il emploie pour combattre cette affection des pessaires en liége.

Voici comment l'auteur s'exprime à ce sujet:

Après bien des tâtonnements, dit-il, et sans exclure les autres formes, le pessaire élytroïde en bondon m'a paru le moins mauvais, le plus usuel ; seulement, j'ai substitué au bois, au caoutchouc, aux compositions diverses, le liége qui a l'avantage d'être léger, imputrescible, et à très-bas prix ; joignez à ces avantages, l'extrême facilité de le travailler, pour lui donner toutes les formes désirables.

Notre pessaire est bien simple, c'est tout uniment une bonde en liége fin du calibre du vagin à maintenir.

On perce le centre avec une tige de fer rougie au feu, pour permettre l'écoulement des mucosités, et passer un lien; les bords sont parfaitement arrondis avec une lime. L'inaltérabilité du liége n'est pas absolue, mais elle est supérieure à celle de la plupart des matières employées.

Cette possibilité de donner aux pessaires les formes variées que réclament le genre de déplacement, le degré de la maladie et la conformation individuelle, est un des grands avantages du liége. (*Revue médicale de Toulouse*, 1874, et *Bulletin de Thérapeutique*, 15 septembre 1874.)

Prurit de la vulve ; emploi du bromure de potassium. — L'application locale d'une solution de bromure de potassium rend de grands services dans cette affection. On lave d'abord les parties malades avec

de l'eau chaude, puis on applique une solution de bromure de potassium dont la force peut varier et aller même jusqu'à la saturation. La démangeaison disparaît tout à fait ou elle est au moins soulagée comme par enchantement. (*New-York medical Record* et *Scalpel.*)

Tannin dans le prolapsus utérin. — D'après le Dr Hachenberg, on introduit dans le vagin un spéculum en verre, de façon à repousser l'utérus dans sa position. Avec une seringue on porte le tannin à la dose de 1 gramme 50 centigrammes, contre la portion vaginale, on retire la seringue et avec une sonde on dispose un tampon autour de l'orifice et du col de la matrice. Cela fait, on maintient le tampon à l'aide de la sonde, on retire un peu le spéculum, on assujettit le tampon et l'on enlève entièrement l'instrument (1).

L'application de tannin maintient solidement l'utérus en place, par le plissement et la rétraction des parties qu'il détermine. D'abord on fait ces applications toutes les semaines, mais plus tard on ne les fait plus qu'une fois ou deux par mois. Non-seulement on combat ainsi l'hypertrophie et l'allongement du col, mais même, d'après l'auteur, le tannin détermine une légère atrophie des parties. Comme médicament contre la leucorrhée, lorsque l'inflammation siége au col de la matrice ou dans le vagin et amène une amélioration très-notable en peu de temps. (*New-York med. journal* et *Annuaire de thérap.* pour 1874.)

Hospice de la Maternité. — M. l'architecte Labrousse vient d'entreprendre à l'hospice de la Maternité les travaux de construction d'un pavillon isolé, placé au milieu des jardins de cet hospice, et exclusivement destiné aux femmes en couches. Ce pavillon, établi d'après les indications de M. le Dr Tarnier, doit avoir pour effet de supprimer la contagion permanente qui existe au moment des fièvres puerpérales et d'arracher, par suite, beaucoup d'accouchées à ces épidémies.

L'isolement des femmes malades n'est pas le seul remède apporté à la situation; dans le système de M. le Dr Tarnier, les femmes de service et toutes les personnes ayant un rapport quelconque avec les accouchées sont rigoureusement tenues à l'écart de tout contact étranger. Le pavillon dont il s'agit a été conçu en vue de cet isolement absolu, et la dépense, qui avait été primitivement évaluée à 50,000 fr., ne sera pas moindre, nous assure-t-on, de 80,000 fr. (*France médicale.*)

---

(1) On pourrait se servir avantageusement, dans ce cas, du porte-topique vaginal de H. Delisle, dont nous avons donné la description dans un de nos précédents fascicules (voyez t. I, p. 240).

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois d'août 1874.

NOMS des Établissements.	NOMBRE des accouchements.	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.
Hôtel-Dieu....	11	2	»	»	»	2		»	»		18.18
Pitié	27	»	»	»	»	»		»	»		»
Charité.......	36	»	»	1	»	1		»	2.77		2.77
Saint-Antoine.	32	1	1	»	»	2		3.12	»		6.24
Necker.......	17	»	»	»	»	»		»	»		»
Beaujon......	25	»	1	»	»	1		4	»		4 00
Lariboisière...	71	»	»	»	»	»		»	»		»
Saint-Louis...	50	2	»	»	»	2		»	»		4.00
Lourcine	4	»	»	»	»	»		»	»		»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres)	»	»	»	»	»	»		»	»		»
TOTAL......	273	5	2	1	»	8		0.73	0 36		2.92
Services spéciaux											
Cochin	67	»	»	»	»	»		»	»	»	»
Cliniques....	54	»	»	»	»	»		»	»	»	»
Maison d'Accouchem	119	1	2	»	»	3		1.68	»	»	2 52
TOTAL	240	1	2	»	»	3		83.33	»	»	1.25

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	869	2	0.23
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	146	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

(1) Fièvre puerpérale. La malade sortait des Cliniques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Moyen de provoquer l'avortement. (*France médicale*, 1874, n. 31, p. 243.)

Extraction d'un morceau de bois introduit dans la vessie. (*Bulletin de la Société méd. d'observation de la Dordogne*, janvier et février 1874, p. 27.)

Traitement galvanique de la dysménorrhée (*Archiv of scientific and practical medecine*, n. 4, New-York, 1873 et *Bull. de thérap.*, 1874, p. 94.)

Eclampsie traitée par le chloral. (*Scalpel*, 1874, n. 41.)

Eclampsie et albuminurie, par le Dr FAUVELLE. (*Bull. méd. de l'Aisne*, 8e année. p. 13.)

Eclampsie des enfants ; inhalations de chloroforme, par le Dr LIEGARD (de Caen). (*Annales de la Société méd. chir. de Liége*, février et mars 1874, p. 137 et *Tribune médicale*, 1874, n. 287.)

Hygiène de la première enfance, par le Dr BOUCHUT. (*Gaz. des hôp.*, 1874, p. 637.)

Mortalité des enfants du premier âge. (*La Nature*, n. 55, 1874.)

Erysipèle phlegmoneux généralisé chez un enfant de douze jours ; gangrène ; abcès multiples ; guérison, par le Dr FREDET (de Clermont-Ferrand). (*Gaz. des hôp.*, 1874, p. 690.)

De l'emploi et du rôle de la farine d'avoine dans l'alimentation des enfants, par le Dr DASSEIN. (*Gaz. des hôp.* et *Progrès méd.*, 1874, p 193.)

Fistule vésico-vaginale guérie par la méthode de la cautérisation (procédé Soupart), par le Dr DENEFFE. (*Scalpel*, 1874, p. 218.)

Note sur quelques lésions microscopiques produites chez un fœtus par e forceps, par le Dr JACQUET. (*Lyon méd.*, avril 1873.)

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Unstersuchungen ueber den Verdauungsapparat der Neugebornen, par le Dr ZWEIFEL. Berlin, 1874.

Notice sur l'émulsion de coaltar saponifié, par le Dr Lucien LE BOEUF fils.

Du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement et à l'accouchement, par le Dr LARDIER. Thèse de Paris, 1874.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Novembre 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

DEMANDE EN NULLITÉ DE MARIAGE

FONDÉE SUR LE DÉFAUT DE CARACTÈRES SEXUELS FÉMININS

Consultations médico-légales et considérants du jugement,

Par le Professeur Courty.

L'histoire de ce procès, que je crois unique dans les fastes de notre législation moderne, et les mémoires qu'il m'a donné l'occasion d'écrire, m'ont paru présenter un véritable intérêt au point de vue des rapports qui existent entre la médecine légale et la gynécologie, notamment la tératologie de l'appareil sexuel de la femme.

Le bon accueil fait par la justice de notre pays à une demande en nullité de mariage est un fait intéressant déjà par sa rareté; mais le succès d'une pareille cause nous touche encore de plus près, lorsqu'il est basé, d'après les considérants même du juge-

ment définitif, sur l'appréciation favorable que les juges ont su faire des données les plus positives de la science et sur la confiance qu'ils ont témoignée dans l'opinion de ceux qui ont essayé de leur en faire comprendre l'application au cas particulier dont il s'agit. On peut regarder le dénouement de ce procès célèbre, comme un vrai triomphe de la science, sur un des faits qui paraissent souvent les moins accessibles à l'appréciation du public privé de connaissances anatomiques et médicales, et c'est surtout à ce point de vue qu'il nous a paru utile d'en fixer le souvenir dans nos Annales.

Je ne saurais mieux exposer les faits de la cause. qu'en donnant d'abord le texte même du jugement du Tribunal d'Alais, en date du 29 avril 1869.

Le Tribunal de première instance séant à Alais, département du Gard, a rendu le jugement suivant :

Entre le sieur D..., demandeur, et Anne-Justine J..., comme mariée avec ledit D..., défenderesse, comparant, d'autre part.

Sans que les présentes qualités puissent nuire et préjudicier aux droits des parties.

POINT DE FAIT.

Antoine-Étienne D..., né le 13 septembre 1843, a contracté mariage devant l'officier de l'état civil d'Alais (Gard), le 20 décembre 1866, avec la personne connue et inscrite sur les registres de l'état civil sous les prénoms et nom d'Anne-Justine J..., née le 19 juillet 1841, et déclarée fille de Claude J... et d'Anne L..., son épouse.

La célébration de ce mariage a été précédée d'un contrat passé devant Me G... et son collègue, notaires à Alais, le 25 septembre 1866.

Aussitôt après la célébration du mariage, le demandeur s'aperçut qu'il était cruellement trompé sur le sexe de la personne à laquelle il venait de s'unir.

Antoine D... prétendant que Justine J..., sous les apparences d'une femme, n'avait aucun des organes qui constituent son sexe; qu'ainsi elle n'avait ni seins, ni matrice, ni ovaires; que le vagin lui-même était réduit à un petit *infundibulum* pouvant tout au plus recevoir l'extrémité du petit doigt; que, bien qu'âgée aujourd'hui de 27 ans, elle n'avait jamais eu ni règles, ni douleurs lombaires;

Que dans ces circonstances, Justine J... n'étant pas une femme, le mariage contracté par elle avec Antoine-Étienne D... n'existait réellement pas; qu'il résultait en effet des dispositions de la loi, et

notamment de l'article 144 du Code Napoléon, que le mariage ne pouvait être contracté qu'entre un homme et une femme;

Qu'il n'était pas besoin d'un texte formel pour émettre une vérité aussi évidente, le mariage étant l'union de l'homme et de la femme; que dès lors le mariage dudit D... avec Justine J. . était nul et inexistant.

Par ces motifs voir déclarer nul et inexistant le mariage célébré le 20 décembre 1866 (1), entre ledit D... et Anne-Justine J...;

Voir dire, en conséquence, que le contrat de mariage qui avait précédé ladite union était également nul et inexistant;

Voir dire que mention du jugement à intervenir serait faite en marge de l'acte de célébration de mariage reçu par l'officier de l'état civil de la commune d'Alais;

Très-subsidiairement, et pour le cas où le Tribunal ne se croirait pas suffisamment éclairé sur l'état physique de la personne de ladite Justine J... :

Voir ordonner que, par tel expert-médecin qu'il plairait au Tribunal commettre, la prétendue demoiselle Justine J... serait vue et examinée à l'effet de constater son état physique, pour, sur le rapport dudit médecin déposé, être statué ce qu'il appartiendrait; dépens réservés.

La dame Justine J... a signifié des conclusions dans lesquelles elle prétend : que depuis leur mariage, célébré le 20 décembre 1866, Antoine-Etienne D... et Anne-Justine J... avaient constamment vécu ensemble jusqu'au mois de décembre 1868;

Que le jour même de son mariage, D... avait reconnu que la femme qu'il avait épousée appartenait au sexe féminin;

Que cette reconnaissance avait eu lieu pendant plus de deux ans de cohabition, et que si D... alléguait que Justine J... avait un vice de conformation, ce qui n'était pas établi, il avait pu et dû le connaître le jour même de son mariage;

Que sans examiner si au fond la demande en nullité de mariage pouvait être fondée sur l'impuissance naturelle et organique de l'un des conjoints, la demande de D... était repoussée d'ores et déjà par l'article 181 du Code Napoléon, d'après lequel la demande en nullité n'était pas recevable toutes les fois qu'il y avait eu cohabitation continue pendant six mois, depuis que l'époux avait acquis sa pleine liberté, ou que l'erreur avait été reconnue;

Que par conséquent, sans entrer dans l'examen du fond, le Tribunal devait rejeter comme irrecevable la demande de D...;

---

(1) C'est-à-dire célébré deux ans, deux mois et dix-neuf jours avant la demande en déclaration de nullité. (Note de la Rédaction).

PAR CES MOTIFS, elles tendaient à ce qu'il plût au Tribunal déclarer irrecevable la demande de D... contre Justine, la rejeter et condamner D... aux dépens :

Sous réserve des droits et moyens de la concluaute, au fond, qui pourraient être plaidés en son nom s'il y avait lieu, et de tous ses autres droits contre ledit D...

En réponse aux conclusions signifiées par Justine J..., l'avoué de D... a signifié une requête et des conclusions dans lesquelles, après avoir rappelé que la défenderesse n'était pas une femme, qu'elle n'avait aucun des organes qui caractérisent son sexe, il a ajouté que, pour que le mariage existe, il faut nécessairement la présence de trois conditions : 1° différence de sexe ; 2° consentement des futurs époux ; 3° manifestation solennelle de cette volonté par un officier de l'état civil et prononcé de l'union des deux époux par cet officier ; que, si l'une de ces trois conditions venait à manquer, le mariage était radicalement nul et que le Tribunal devait alors se borner à déclarer qu'il n'y avait jamais eu de mariage ; qu'un mariage nul dès son origine ne pouvait être validé par aucun fait postérieur, et qu'il n'y avait pas lieu de rechercher si D... se trouvait dans les termes des articles 180 et 181 du Code Napoléon ;

Que ces articles, en effet, s'occupaient du cas où il y avait eu, soit vice de consentement, soit erreur sur la personne, et qu'ils ne pouvaient recevoir leur application que dans les espèces prévues, c'est-à-dire quand le mariage était annulable et par conséquent susceptible d'une ratification ultérieure.

Subsidiairement et pour le cas où le Tribunal ne se croirait pas suffisamment éclairé sur l'état physique de la personne de la défenderesse, ledit avoué a articulé et offert de prouver les faits suivants : 1° que Justine J..... n'a aucun des organes qui caractérisent le sexe féminin ; qu'elle n'a ni seins, ni ovaires, ni matrice, ni vagin ; que son bassin est conformé bien plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme ; que, bien qu'âgée aujourd'hui de 27 ans, elle n'a jamais eu ni règles ni douleurs lombaires et abdominales périodiques :

PAR CES MOTIFS et tous autres à déduire en plaidant, ledit avoué a conclu à ce qu'il plût au Tribunal adjuger à D... les conclusions de son exploit introductif d'instance.

Et y ajoutant, pour le cas où le Tribunal ne se croirait pas suffisamment éclairé sur le sexe de la défenderesse :

Avant faire droit, ordonner que par-devant un de Messieurs les juges que le Tribunal commettrait à cet effet, le demandeur ferait la preuve des faits par lui articulés, et ce, tant par actes que par témoins ;

Ordonner en tant que de besoin la comparution des parties en personne ;

Et s'il y avait lieu, ordonner la visite de la personne de Anne-Justine J..., laquelle visite serait faite par tel expert que le Tribunal désignerait d'office et au besoin par un professeur sage-femme, pour être ultérieurement requis et statué ce qu'il appartiendrait.

A l'audience de ce jour, la cause ayant été appelée, l'avoué de D..., pour sa partie, a pris les conclusions susrelatées.

L'avoué de la défenderesse a signifié et pris des conclusions qu'il a signifiées, et dans lesquelles il prétend entre autres motifs que, d'après l'article 181 du Code Napoléon, l'action en nullité de mariage basée sur le défaut de liberté de consentement et sur l'erreur ne pouvait plus être intentée, toutes les fois qu'il y avait eu cohabitation continue pendant six mois, depuis que l'époux avait repris sa pleine liberté, ou que l'erreur avait été par lui reconnue;

Qu'il serait puéril de dire que le lendemain du mariage D... n'avait pas connu les obstacles qui, d'après lui, s'opposaient à son union charnelle avec sa femme;

Qu'ayant vécu avec elle depuis le mois de décembre 1866 jusqu'au mois de décembre 1868, c'est-à-dire pendant deux ans, il en résultait évidemment que la demande, fondée sur des faits faux, était irrecevable et devait être rejetée, il concluait à ce qu'il plût au Tribunal rejeter la demande comme irrecevable, réserver à la concluante ses droits et actions au sujet des injures graves pouvant motiver de sa part, contre son mari, une demande en séparation de corps,

Et condamner D... aux dépens.

M. Raisin, substitut de M. le Procureur impérial, auquel le dossier avait été communiqué, a donné ses conclusions :

En cet état, la cause présente à juger les questions suivantes :

POINT DE DROIT.

Le Tribunal devait-il accueillir les conclusions de l'assignation signifiée à la requête de D...?

Devait-il ordonner, avant faire droit, la preuve des faits articulés par M. D...?

Devait-il ordonner la comparution des parties en personne?

Devait-il ordonner la visite de la personne de Justine J... par un homme de l'art?

Devait-il, au contraire, rejeter la demande de D.... comme irrecevable?

Quid des dépens?

Avant le commencement des plaidoiries de la cause, M. Raisin, substitut de M. le Procureur impérial, occupant le fauteuil du ministère public, a pris des conclusions tendant à ce que le Tribunal ordonnât le huis-clos.

Le Tribunal, vu les articles 87 du Code de procédure civile et 81 de la constitution du 4 novembre 1848, ordonne le huis-clos requis.

Après la clôture des débats, le Tribunal a rendu le jugement suivant :

Sur la fin de non-recevoir proposée par la partie défenderesse.

Attendu que D... n'attaque pas l'acte civil de son mariage, parce qu'il y aurait eu erreur dans la personne physique de celle à laquelle il avait voulu s'unir, mais qu'il demande formellement au Tribunal de reconnaître et déclarer que ledit acte n'a jamais légalement existé, comme mariage, par suite d'un vice radical qui l'a infecté *ab initio*; que les dispositions invoquées des articles 180, dernier paragraphe, et 181 du Code Napoléon, sont dès lors inapplicables dans l'espèce, et qu'ainsi ladite exception doit être simplement rejetée comme irrecevable et mal fondée.

Au fond : Attendu que le mariage est l'union légitime de l'homme et de la femme ; qu'il ne peut donc être valablement contracté qu'entre deux personnes de sexe différent; d'où suit qu'il est essentiellement vicié dans son principe lorsque les conjoints apparents sont du même sexe ou que l'un d'eux manque absolument des organes naturels constitutifs du sexe, même différent de celui de l'autre auquel il prétend appartenir;

Attendu qu'il est articulé par D... que la dame J... avec laquelle il a contracté mariage le 20 décembre 1866, ne possède aucun des organes distinctifs de la femme; qu'elle n'a ni seins, ni ovaires, ni matrice, ni vagin; que son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, et que, quoique âgée de 27 ans, elle n'a jamais eu encore ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques ;

Attendu que le mérite réel de ladite articulation ne peut être exactement apprécié qu'au moyen surtout d'une expertise préalable, et que, quelque répugnance que l'on puisse éprouver à recourir à l'emploi de cette mesure d'instruction, il y a toutefois lieu de l'ordonner, alors qu'à la différence de la vérification, toujours conjecturale, de l'impuissance naturelle alléguée de l'un des époux à raison d'un simple vice de conformation dans certains de ses organes, le résultat de ladite mesure, dans l'espèce, devra nécessairement aboutir à la démonstration certaine du fait purement matériel à vérifier, si la partie défenderesse est ou n'est pas privée de tous les organes naturels distinctifs de la femme, les uns externes et apparents, et les autres internes, il est vrai, mais dont l'existence ou la non-existence, pour des gens de l'art, sera non moins facile à constater ;

Attendu que ledit D... offrant en outre de prouver, tant par titres

que par témoins, soit les susdits faits ci-dessus articulés, soit les suivants, à savoir : 1° qu'une sage-femme d'Alais, par qui ladite partie défenderesse s'est déjà volontairement fait visiter, a constaté et raconté à plusieurs personnes qu'elle était réellement privée desdits organes distinctifs de la femme ; et 2° que cette dernière a elle-même reconnu par écrit le fait de cette absence complète chez elle de ces susdits organes ; et ladite preuve étant suffisamment pertinente et concluante, il y a également lieu, pour mieux éclairer encore la religion du Tribunal sur le litige si grave dont il est saisi, d'admettre ledit D... à la rapporter.

Par ces motifs : Le Tribunal, ouï M. Raisin, substitut de M. le Procureur impérial, en ses conclusions, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort, avant dire droit au fond, tous droits, moyens et exceptions des parties tenants et réservés, commet la la demoiselle Anna Puejac, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, à l'effet de voir et visiter ladite dame J... et de rapporter : si elle est matériellement privée, ou ne l'est pas, de tous les organes naturels constitutifs du sexe féminin ; si réellement elle n'a ni seins, ni ovaires, ni matrice, ni vagin ; si son bassin est conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme, et si elle n'a jamais eu jusqu'ici ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques ; ordonne que ladite demoiselle sera assistée du docteur Fabre, d'Alais, chargé spécialement de se concerter préalablement avec elle sur la manière dont ladite vérification devra être faite ; de recueillir ensuite lui-même, dans un appartement séparé de celui où il y sera procédé, le résultat de l'examen et des constatations dudit expert, et de rapporter à son tour, eu égard à ce même résultat, si d'après sa propre opinion ladite partie défenderesse est ou n'est pas réellement privée matériellement de tous lesdits organes naturels constitutifs du sexe féminin ; dit qu'au cas de refus ou d'empêchement de leur part, lesdits experts seront remplacés par le Président du siége par simple ordonnance à pied de requête ; ordonne qu'ils prêteront préalablement serment devant ce magistrat ; admet, en outre, D... à prouver, tant par titres que par témoins, en la forme des enquêtes ordinaires et devant M. Bès de Berc, juge du siége à ces fins commis, soit les divers faits soumis aux investigations de ladite sage-femme en chef, soit les suivants : 1° qu'une sage-femme d'Alais, par qui la partie défenderesse s'est déjà volontairement fait visiter, a constaté et raconté à plusieurs personnes qu'elle était réellement privée de tous les organes distinctifs de la femme ; et 2° que cette dernière a elle-même reconnu par écrit le fait de cette absence complète chez elle de ces susdits organes ;

Admet ladite partie défenderesse à la preuve des faits contraires en la même forme et devant le même juge-commissaire

Pour, sur le rapport destits experts, qui pourra être dressé séparément ou en commun, et lesdites enquête et contraire-enquête faites, ou faute de l'être, être ensuite requis par les parties et statué par le Tribunal ce qu'il appartiendra.

Dépens réservés.

Justine J... releva appel de ce jugement et refusa énergiquement de se soumettre à aucune expertise.

Elle produisit devant la Cour de Nîmes le certificat suivant, delivré par le docteur Carcasonne après visite faite par ce médecin sur la demande de la famille J... elle-même.

Certificat du Dr Carcassonne.

Madame Justine J... a toutes les apparences d'une personne du sexe féminin : les parties externes de la génération, mont de Vénus, grandes et petites lèvres, clitoris et ouverture du méat urinaire, tout est conformé comme chez la femme ; mais *il n'y a pas de vagin*, ou du moins ce conduit, *s'il existe*, est imperforé. Il suit de là que l'acte de la copulation est *impossible* et, par suite, la *fécondation*.

Les seins sont peu développés, le bassin peu large ; mais, rien, du reste, ne rappelle le sexe masculin ni aucun de ses attributs.

Nîmes, 5 novembre 1869. Dr L. CARCASSONNE.

De son côté D... produisit devant la même Cour deux *notes à consulter* : l'une d'un jurisconsulte, M. Valette, concluant qu'en droit « le jugement du Tribunal d'Alais a été bien rendu et doit être confirmé sur appel ; » l'autre d'un médecin légiste, M. Legrand du Saulle, concluant que : « 1° la personne désignée n'est pas une femme; 2° elle n'est vraisemblablement point un homme; 3° elle ne possède très-probablement aucun sexe. »

Le 20 novembre 1869, la Cour de Nîmes rendit l'arrêt suivant :

Attendu que la loi n'a pas mis l'impuissance au nombre des causes de nullité de mariage, qu'elle soit naturelle ou accidentelle ;

D'où il suit que toute demande tendant à prouver que l'un des époux se trouve dans cet état doit être rejetée :

Qu'il faudrait, il est vrai, décider autrement, si la demande avait

pour objet, non de prouver l'impuissance de l'un des époux, mais qu'il n'appartient pas au sexe qui lui avait été attribué ; car le mariage étant l'union de l'homme et de la femme, la différence de sexe en forme la condition substantielle ;

Que la demande en nullité de mariage contracté par D..... le 20 décembre 1866, avec Anne-Justine J....., est fondée sur ce dernier motif ;

Mais attendu que la preuve offerte, à défaut d'autre justification, en supposant qu'elle pût être rapportée, n'établirait pas que Justine J..... n'appartient pas au sexe féminin, mais démontrerait tout au plus une conformation vicieuse des organes de la génération qui la rendent impropre à en accomplir la fonction ;

Attendu, à cet égard, que D..... peut être d'autant moins admis à prétendre que Justine J..... n'appartient pas au sexe dont elle a les apparences, qu'il a reconnu lui-même, dans un acte public du 12 décembre 1868, qu'elle était simplement atteinte d'un vice interne de conformation ;

Attendu, enfin, que les documents versés au procès, et spécialement le certificat du docteur Carcassonne, ne permettent point de douter que l'appelante ne soit réellement une femme ;

Qu'en cet état, la preuve offerte n'étant ni pertinente ni admissible, c'est à tort que les premiers juges l'ont ordonnée.

PAR CES MOTIFS :

La Cour réforme le jugement du Tribunal d'Alais, du 29 avril 1869.

Le 15 janvier 1872, la Cour de Cassation, par des motifs de forme et sans statuer sur les autres moyens du pourvoi (1), rendit un arrêt par lequel elle « cassa et annula l'arrêt rendu, le 29 novembre 1869, par la Cour de Nîmes en chambres réunies, remit les parties au même et semblable état qu'avant ledit arrêt, et, pour être statué ce que de droit, les renvoya devant la Cour d'appel de Montpellier, etc. »

Devant la Cour d'appel de Montpellier, D. produisit en sa faveur deux consultations médico-légales.

La première de ces consultations, en date du 17 février 1870, est de M. le professeur Tardieu.

---

(1) Le pourvoi faisait appel notamment au droit qu'a ladite cour de savoir quelles conditions doit remplir un individu pour être qualifié homme ou femme au point de vue du mariage.

En voici les conclusions :

« En résumé de l'exposé des faits et de la discussion qui précède, je n'hésite pas à conclure, contrairement aux énonciations sur lesquelles est fondé l'arrêt de la Cour impériale de Nîmes, du 29 novembre 1867, que :

« 1° L'expertise médico-légale et l'enquête ordonnée par les premiers juges auraient pu démontrer chez Justine J..., devenue épouse D..., autre chose qu'une conformation vicieuse des organes de la génération qui la rendrait impropre à en accomplir la fonction ;

« 2° Les déclarations personnelles verbales ou écrites du sieur D... ne peuvent avoir une valeur décisive au point de vue de l'état organique de la personne à laquelle il a été uni par le mariage, cet état ne pouvant être déterminé que par un homme de l'art pourvu des connaissances anatomiques et physiologiques nécessaires et par des constatations matérielles auxquelles il était et ne pouvait pas ne pas être étranger ;

« 3° Les documents versés au procès et spécialement le certificat du docteur Carcassonne n'autorisent en aucune façon à penser que la dite dame D... soit réellement une femme ;

« 4° Tout, au contraire, dans ces documents aussi bien que dans le certificat précité, concourt à démontrer que cette personne n'est pas une femme affectée d'un vice de conformation quelconque des organes sexuels, mais que, par sa constitution générale, aussi bien que par la déviation spéciale de sa conformation sexuelle, elle appartient en réalité au sexe masculin ;

« 5° Enfin, entre elle et M. D..., il existe non pas seulement impossibilité de rapprochement, mais identité de sexe. »

La seconde de ces consultations fut rédigée par moi peu de jours avant l'audience où l'affaire fut jugée par la Cour de Montpellier. Je la reproduis ici, en son entier, comme une des pièces qui paraissent avoir été les plus décisives sur l'issue du procès.

Consultation de M. le professeur A. Courty.

Le sieur D... demande à la justice de prononcer la nullité de son soi-disant mariage avec Mlle Justine J... parce que celle-ci ne possède, au dire du sieur D... aucun des organes essentiels qui sont indispensables pour caractériser le sexe féminin, et par conséquent ne peut pas être reconnue pour une femme. Quoique cette personne ait été inscrite comme fille sur les registres de l'état civil, qu'elle ait passé pour telle jusqu'au jour de son prétendu mariage, et qu'elle offre effectivement quelques-unes des apparences propres à ce sexe, néanmoins elle peut n'être pas autre chose, en réalité, qu'un nouvel exemple de ces singulières anomalies, ou plutôt de ces rares monstruosités qui étonnent si profondément les hommes les plus instruits et les plus sages, lorsqu'ils sont étrangers à la science du développement naturel de nos organes et des déviations que ce développement éprouve maintes fois dans sa marche.

On me demande mon avis sur une pareille monstruosité, sur son caractère, sur la certitude et même sur la possibilité de son existence. Je vais répondre à ces diverses questions, moins en donnant mon opinion personnelle qu'en tâchant de faire bien comprendre les résultats de l'observation scientifique sur ce point d'organisation humaine qui était autrefois si obscur, mais qui est devenu si clair de nos jours, quelque confus qu'il reste encore pour le vulgaire et quelque délicat qu'il puisse paraître au légiste dans ses applications sociales.

Les seuls documents que je possède pour baser un jugement sont les assertions du sieur D..., les aveux de la dame J..., les propos tenus par la sage-femme d'Alais qui aurait visité cette dame avec son consentement, enfin le certificat délivré par le Dr Carcassonne, à la suite d'une visite faite sur la demande de la famille J... (1). Cette pièce est la seule écrite et la seule au-

(1) Voir ce certificat page 332.

thentique (bien qu'elle ne soit pas le résultat d'une expertise et qu'elle soit rédigée avec une brièveté regrettable). Néanmoins, on n'élève aucune contestation sur deux faits qui paraissent acquis à la cause : le premier, que la dame J... n'a jamais été réglée ; le second, qu'elle n'a jamais éprouvé les symptômes de la fluxion périodique, ni aucun des accidents qui suivent cette fluxion lorsqu'elle ne se termine pas naturellement par l'écoulement sanguin mensuel connu sous le nom de *règles*.

Voyons si ces documents ne suffisent pas à nous donner une notion certaine de la prétendue sexualité de la personne en question.

Cette personne peut être véritablement une femme bien développée, ou une femme imparfaite, atteinte de quelque vice de conformation l'empêchant simplement d'être fécondée et la réduisant à l'impuissance, sans lui ôter les caractères essentiels de la sexualité féminine ; ou un homme mal conformé, ayant des organes génitaux externes qui présentent l'apparence des organes génitaux externes d'une femme ; ou bien enfin un être chez lequel les organes essentiels de la génération ne se sont nullement formés ou n'ont pris aucun développement, et sont restés dans un état si rudimentaire qu'ils n'accomplissent aucune fonction et ne donnent aucun signe de leur existence.

Il nous paraît inutile d'insister pour prouver que la dame J... n'est pas une femme normalement bien developpée. Si elle était femme, elle ne serait jamais qu'une femme imparfaite et tout à fait impuissante. Mais a-t-on produit aucun fait qui démontre seulement que cette personne est bien réellement une femme? A cette question on doit répondre nettement par la négative.

On ne se fonde, pour alléguer cette prétendue sexualité féminine, que sur *un certain nombre* des apparences extérieures *communément* caractéristiques de la femme.

Voyons d'abord ce qu'il faut penser de ces apparences extérieures ; nous montrerons ensuite que, de toutes ces apparences, la plus importante peut-être est justement celle qui fait ici défaut.

Et d'abord, les apparences extérieures d'une personne du sexe féminin, notamment l'existence des organes connus sous le nom de *parties externes de la génération*, suffisent-elles pour nous autoriser à dire qu'un être humain est une femme, suffisent-elles seulement pour nous permettre de dire qu'il n'est pas un homme?

Nous devons répondre : Non.

Voici pourquoi :

Il faut savoir que les organes de la génération chez le mâle et la femelle sont de deux ordres : les uns sont essentiels, les autres accessoires. Les organes essentiels sont des sortes de glandes ou de bourgeons dans lesquels s'épanouissent, d'une manière continue ou intermittente, des germes qui deviendront, en se fusionnant, aptes à reproduire l'espèce. Les organes accessoires servent seulement à assurer le transport et la rencontre de ces deux sortes de germes, de l'œuf et du sperme, de la graine femelle et de la semence mâle. — Les organes essentiels, dans l'espèce humaine, sont internes et ne deviennent que partiellement et incomplètement externes, comme les testicules. Les organes accessoires sont tout à fait externes : ce sont ceux que nous voyons à la surface du corps et qui nous permettent de désigner le sexe, parce que, chez chaque individu, ils correspondent, dans l'immense majorité des cas, à des organes internes du sexe même dont ils sont en quelque sorte l'étiquette extérieure.

Il faut savoir encore que le mode de formation est tout différent pour les organes essentiels et pour les organes accessoires. Les premiers sont cachés, ils se forment dans la profondeur du corps d'une manière tout à fait indépendante des seconds et sans avoir d'abord avec eux aucune connexion; les seconds sont toujours apparents, ils se forment à l'extérieur du corps, aux dépens de la peau, à la surface de laquelle ils poussent comme des bourgeons ; ils se développent, ils se perfectionnent, mais ils sont aussi, dans le principe, tout à fait indépendants des organes essentiels, avec lesquels ils n'ont primitivement aucune connexion.

Il faut savoir enfin que les organes essentiels se développent

tout autrement que les organes accessoires. Les premiers sont, dans plusieurs de leur parties, fondamentalement différents dans les deux sexes. Les seconds ne diffèrent entre eux que par l'apparence, mais au fond ils sont identiques. Je m'explique :

Les organes essentiels sont : les ovaires, les oviductes et la matrice chez la femme ; les testicules, les spermiductes et leurs réservoirs chez l'homme. Bien qu'ils se développent, les uns et les autres, dans les mêmes régions profondes et cachées, à côté des reins, ils peuvent se former simultanément chez un grand nombre d'animaux. Dans les classes inférieures, les organes mâles et les organes femelles, les organes qui feront les œufs et les organes qui produiront la semence, bourgeonnent simultanément ; ils poursuivent leur développement concurremment et d'une manière égale, et ces êtres sont normalement hermaphrodites ou bisexués. Chez d'autres d'animaux, ils se développent inégalement ; les uns restent à l'etat rudimentaire, les autres arrivent à leur entière et parfaite évolution : ces animaux sont unisexués (les uns mâles, parce que leurs organes mâles seuls se sont développés ; les autres femelles, parce que leurs organes femelles seuls se sont développés); mais exceptionnellement un organe mâle et un organe femelle peuvent se développer simultanément et coexister, de manière à produire un animal anormalement hermaphrodite ; alors même que l'un des sexes est nettement accusé, on retrouve chez ces animaux les vestiges des organes caractéristiques de l'autre sexe. Enfin, dans les mammifères, dans l'espèce humaine elle-même, au début du développement, l'hermaphrodisme n'est plus apparent pour la glande germinative (le testicule ou l'ovaire, que l'on ne rencontre jamais à la fois chez le même individu) ; mais il existe virtuellement, si l'on peut s'exprimer ainsi, pour les canaux excréteurs et les réservoirs de cette glande, dont on trouve les vestiges dans les deux sexes.

Les organes accessoires ou de copulation débutent au contraire par une origine identique. Leurs premiers linéaments sont les mêmes dans les deux sexes, et, chez un embryon humain de 35 jours, il est impossible de distinguer par les caractères extérieurs un futur mâle d'une future femelle. Deux bour-

geons latéraux poussent vers l'extrémité inférieure de l'embryon : chez la femme, ce seront les grandes lèvres, dans lesquelles les ovaires ne descendent que très-exceptionnellement ; chez l'homme, ce seront les bourses, dans lesquelles les testicules descendent très-habituellement ; chez la femme, ils resteront normalement séparés ; chez l'homme, ils se réuniront normalement sur la ligne médiane, mais ils peuvent rester, même chez l'homme, exceptionnellement séparés, ce qui n'est pas très-rare, et ne pas contenir les testicules, ces derniers organes étant aussi exceptionnellement retenus dans le bassin, singulière anomalie qui fait ressembler complètement les bourses d'un homme aux grandes lèvres d'une femme. Au-dessus de ces bourgeons et entre eux se développe un autre organe qui restera court et grêle chez la femme, et constituera le clitoris, qui deviendra long et fort chez l'homme, et sera la verge. Enfin, entre ces organes, des replis cutanés ou muqueux et des appareils vasculaires se développent, pour rester séparés et former le vestibule chez la femme, pour se réunir au contraire et former le canal propulseur de la semence chez l'homme.

On voit quelle différence immense sépare le mode de formation des organes essentiels et le mode de formation des organes accessoires. Habituellement ces deux formations se font simultanément, l'une en dedans du corps, l'autre en dehors ; habituellement celle-ci affecte la même direction que celle-là et revêt peu à peu à l'extérieur l'une ou l'autre des formes qui correspondent aux sexes dont les organes essentiels se sont développés à l'intérieur. — Les deux formations sont enfin mises en connexion par un organe intermédiaire, qui est le vagin chez la femme, et qui lui-même peut manquer de se former ou peut être atteint d'une imperfection de développement plus ou moins notable.

De cet exposé, sans lequel ce qui me reste à dire eût été difficile à comprendre, il est aisé de tirer des conclusions légitimement applicables au cas que nous avons à examiner.

D'abord, les deux formations des organes génitaux internes et externes sont indépendantes quant à leur siége et souvent quant à leur évolution : d'où il résulte que les unes peuvent

s'arrêter à un certain moment de cette évolution, tandis que les autres continuent à la poursuivre jusqu'au terme normal.

Ainsi, pour ne citer que ce que j'ai observé moi-même, j'ai vu des exemples déjà bien nombreux dans lesquels la perfection des organes extérieurs de la génération, c'est-à-dire les apparences les plus complètes de la sexualité féminine, coexistaient avec des imperfections plus ou moins notables des organes internes, provenant, soit de ce que ces organes s'étaient arrêtés dans leur développement, soit de ce qu'ils ne s'étaient même pas formés. Non-seulement j'ai vu des défauts de fusion des deux parties qui forment primitivement le vagin et la matrice, mais encore des imperfections de ces organes, des absences du vagin, des absences de la matrice, des absences des trompes et même des ovaires. Non-seulement j'ai pu reconnaître, sur des femmes vivantes, l'absence partielle ou totale de la matrice, mais j'ai fait l'autopsie d'une personne présentant extérieurement toutes les apparences du sexe féminin (sauf une étroitesse du bassin au détroit inférieur) et ne présentant aucune trace, même rudimentaire, des organes essentiels et seuls caractéristiques de ce sexe : ovaires, trompes, matrice, vagin. — Par contre, les organes intérieurs, surtout chez le mâle, peuvent se développer complètement, tandis que les organes extérieurs, arrêtés dans leur évolution, conservent la forme transitoire de l'état embryonnaire, et par suite l'apparence des organes génitaux externes de la femme (bourses séparées ne renfermant pas les testicules, qui sont retenus dans l'abdomen, et représentant deux grandes lèvres ; verge rudimentaire représentant un clitoris; replis muqueux et bulbes non réunis représentant des petites lèvres et le vestibule du vagin). Je connais dans cette ville même un jeune homme bien évidemment garçon, mais qui a ses testicules retenus au-dessus des anneaux, et qui présente, par suite d'un arrêt de développement tout pareil des parties extérieures de la génération, l'apparence génitale externe d'une véritable femme; l'absence de barbe et quelques autres caractères externes s'ajoutent pour compléter chez lui cette apparence trompeuse de sexe féminin. Je connais dans un département voisin un homme qui a été inscrit à l'état civil comme

fille, qui n'a pas réclamé la rectification de cette détermination sexuelle erronée (qui sert peut-être ses intérêts, et dont il use et abuse sans doute), et qui présente, en effet, les apparences sexuelles extérieures de la femme, bien qu'il soit sûrement un homme et qu'il ait même au menton une barbe qu'il a soin de tenir toujours rasée de frais.

Du reste, les bourgeons qui forment les organes de la reproduction peuvent avorter, s'arrêter dans leur développement, ou se dévier de leur évolution normale, tout comme ceux qu produisent un grand nombre d'autres organes et qui font tous les jours naître des enfants avec des becs-de-lièvre, des imperforations de l'anus, des moignons de membres, des doigts palmés, etc.

On a même recueilli des exemples de coïncidence entre le développement normal simultané des organes essentiels et accessoires caractérisant un sexe, et le développement par surcroît de quelqu'un des organes caractérisant l'autre sexe : ainsi, on a vu des mamelles se développer chez des hommes comme chez des femmes, et, pour ne citer toujours que ce que j'ai vu, j'ai dans ce moment, dans mon service d'hôpital, un homme de 23 ans dont les organes génitaux internes et externes sont très-bien conformés, dont la verge et les testicules présentent tous les signes de la plus parfaite vigueur, dont les bourses sont bien soudées sur la ligne médiane, et qui a vu pourtant se développer depuis trois ou quatre ans, sur le côté droit de sa poitrine, la mamelle la mieux faite et la mieux organisée ; on peut même présumer que des tentatives réitérées de succion attireraient dans cet organe une fluxion suffisante pour y exciter une sécrétion de lait.

Ainsi, les apparences sexuelles ou l'existence des parties externes de la génération et les autres caractères extérieurs d'un sexe ne sont nullement une preuve certaine qu'il existe intérieurement des organes génitaux essentiels, constitutifs et caractéristiques du même sexe. Ainsi, les apparences extérieures de la sexualité féminine ne suffisent pas pour nous autoriser à dire qu'une personne est une femme. Ainsi donc, alors même que la dame J... posséderait toutes les apparences extérieures

du sexe féminin, nous devrions nous demander encore si elle a des signes certains de l'existence des organes internes de ce sexe.

Je dis « alors même qu'elle posséderait tous les organes extérieurs du sexe féminin ». Mais ces organes extérieurs sont eux-mêmes loin d'être développés chez elle; car, tout en disant que Mme Justine J... a toutes les apparences d'une personne du sexe féminin, le certificat du docteur Carcassonne nous fournit la preuve du contraire. Non-seulement il eût été utile d'y donner une description des grandes et des petites lèvres, du clitoris et du méat urinaire, qui, tout en existant, peuvent avoir une disposition différente de la disposition normale et faire présumer un vice caché d'organisation, mais il était important de constater : s'il existait un hymen; si dans le point où doit se trouver l'ouverture du vagin il y avait un *infundibulum*, un cul-de-sac, ou un simple sillon, ou une surface plane; quelle distance séparait la fourchette du méat urinaire, etc. Admettons que les grandes et les petites lèvres, le clitoris et le méat urinaire existent et même qu'ils *soient conformés comme chez la femme :* il n'en reste pas moins avéré que, sauf sur ces quatre organes, aucun autre signalement de conformation extérieure féminine n'est donné dans le certificat.

On nous dit qu'il y a un mont de Vénus; mais le mont de Vénus existe dans les deux sexes, et même, chez un homme dont l'appareil génital externe, et notamment le pénis, est parfaitement développé, il peut ressembler parfaitement à celui d'une femme. N'invoquons donc pas le témoignage de sa présence en faveur de la sexualité féminine.

Restent les seins et le bassin. Quant aux seins, il est déjà assez rare de les voir si peu développés, comme ils seraient chez la dame J..., d'après le certificat, ou de les voir manquer totalement, comme cela serait chez cette personne, d'après le dire du sieur D..., sans que la personne qui offre cette anomalie présente aussi quelque imperfection dans les parties externes de la génération. Mais le défaut de largeur du bassin (signalé par le sieur D..., avéré par le certificat du docteur Carcassonne) est une circonstance bien autrement importante à

noter. En effet, outre que la largeur du bassin est un des éléments les plus importants de l'ensemble des apparences d'une personne du sexe féminin, élément de conformation qui n'échappe pas plus aux artistes, aux peintres, aux sculpteurs, ni aux plus vulgaires observateurs qu'aux médecins les plus compétents, la largeur du bassin est par-dessus tout la traduction la plus commune et souvent la plus fidèle de la bonne conformation et de l'existence même des parties essentielles de la génération chez la femme : la coïncidence d'une étroitesse sensible du bassin et d'une conformation féminine apparente des parties génitales externes doit immédiatement inspirer au médecin les plus graves soupçons sur le caractère vraiment féminin des organes essentiels de la génération, et même éveiller en son esprit l'hypothèse de la possibilité d'une conformation masculine de ces organes ; car la science possède des exemples, moins rares qu'on ne le soupçonnerait d'abord, de personnes chez lesquelles, dans de pareilles conditions, on a trouvé, avec des apparences extérieures toutes féminines, des traces de testicules bien caractérisés, plus ou moins cachés dans les canaux inguinaux ou dans l'abdomen (cryptorchidie).

Ainsi, bien que dans les parties externes de la génération, les grandes et les petites lèvres, le clitoris et l'ouverture du méat urinaire, *paraissent* conformés comme chez la femme, on ne peut pas dire que Mme Justine J... présente *toutes* les apparences d'une personne du sexe féminin. Celle de ces apparences qui est pour nous la plus importante, la largeur du bassin, est précisément une de celles qui font défaut. Et, nous le répétons, c'est plus qu'une apparence, car ici nous touchons directement au cœur de la question et en même temps au point de cet intéressant problème qui paraît être le plus difficile à résoudre.

En effet, l'étroitesse du bassin a éveillé nos défiances à l'endroit des organes essentiels de la reproduction. Ces organes sont-ils masculins, ou doit-on présumer qu'ils le sont ? Un éminent médecin légiste, dont le nom fait justement autorité, n'hésite pas à l'admettre, et nous ne serions pas étonné qu'une constatation médico-légale faite par des experts habiles justifiât expérimentalement ou objectivement cette induction. Si le refus

de l'expertise et l'absence de constatations directes nous imposent plus de réserve à cet égard, il nous est permis de nous poser une autre question et de montrer qu'on peut la résoudre. Il n'est pas prouvé, dit-on, que la personne en question soit un homme dont l'appareil génital externe serait arrêté dans son développement. Je le veux bien, mais cela ne suffit pas : il faudrait prouver en outre que cette personne est bien une femme, c'est-à-dire qu'elle possède les *organes constitutifs* du sexe féminin : les ovaires, les oviductes et la matrice.

Nous savons déjà qu'il n'y a pas de vagin ou que ce conduit, s'il existe, n'est pas perforé (certificat Carcassonne) ; mais l'absence ou l'imperforation du vagin n'implique pas l'absence des autres organes génitaux internes. Souvent nous avons vu des femmes qui possédaient des ovaires et une matrice, bien que leur vagin fût imperforé. L'absence ou l'imperforation du vagin ne causeraient que l'impuissance, mais n'altéreraient pas les caractères fondamentaux de la sexualité féminine. Il nous faut donc rechercher si, abstraction faite de l'état du vagin, les caractères fondamentaux de cette sexualité existent ou n'existent pas dans le cas offert à notre appréciation.

Il est regrettable que la dame J... ait refusé de se soumettre à une expertise; car la science possède aujourd'hui, et depuis peu de temps, des moyens de diagnostic assez précis pour permettre de reconnaître dans le bassin, notamment dans le bassin d'une femme maigre (comme on nous assure que l'est la dame J...) les ovaires, les oviductes et surtout la matrice; si ces organes existent réellement, s'ils ont un développement naturel et s'ils occupent une situation normale : une exploration méthodique peut faire recueillir des signes objectifs irrécusables de leur présence.

En l'absence de ces signes objectifs, que le refus de la dame J... empêche de recueillir, est-il permis du moins de présumer l'existence de ces organes essentiels ? Cette présomption ne saurait s'appuyer que sur une seule base : l'existence de symptômes subjectifs, c'est-à-dire de sensations accusées par la personne en question, et qui dénotent ou dévoilent chez elle

l'existence des organes dont nous cherchons à découvrir quelque trace. Ces symptômes sont les manifestations mêmes des fonctions dévolues naturellement à ces organes, c'est-à-dire les actes particuliers qu'ils accomplissent normalement et régulièrement. Un organe tel que ceux dont nous parlons ne peut exister chez une femme adulte et avoir atteint un développement normal sans accomplir la fonction qui le caractérise.

De toutes ces fonctions, la plus importante, celle à laquelle toutes les autres sont subordonnées, c'est le développement et l'émission périodique d'un œuf sur l'un ou sur l'autre des deux ovaires. L'ovulation ou la ponte périodique ne se produit pas sans donner lieu à son tour à une fluxion également périodique, c'est-à-dire à un afflux de sang et à un travail d'une certaine durée, se renouvelant habituellement tous les mois et donnant naissance, chez toutes les femmes, à des sensations bien distinctes, à des douleurs lombaires, au gonflement des seins, ainsi qu'à un retentissement général physique et moral bien accentué. Cet afflux de sang congestionne en même temps les oviductes, la matrice, le vagin et jusqu'aux parties extérieures de la génération; cette congestion amène habituellement une hémorrhagie normale de la membrane muqueuse qui revêt la matrice, et par suite l'écoulement de sang connu sous le nom de *règles*. Enfin, lorsque cette hémorrhagie ne se produit pas par la matrice, on la voit parfois se produire sur d'autres points (règles déviées).

Or, rien de pareil ne s'est manifesté ici. Jamais la personne en question n'a été réglée, jamais elle n'a eu d'hémorrhagies périodiques sur d'autres points, pouvant passer pour des règles déviées ou pour des hémorrhagies supplémentaires de l'hémorrhagie utérine en défaut. Jamais elle ne s'est plainte de douleurs périodiques, de tuméfaction du bas-ventre, comme cela arrive lorsque le sang qui s'est porté dans l'utérus y est retenu par une imperforation de cet organe, une absence ou une oblitération du vagin, et ne peut en sortir par aucune issue. Jamais, en supposant même l'utérus absent, elle n'a accusé les symptômes de molimen, de tension douloureuse, de plénitude, de turgescence dont les ovaires sont le siége périodiquement, alors

même que ces organes essentiels au premier chef existent seuls, et que l'utérus ou les trompes sont rudimentaires. Jamais, enfin, elle n'a accusé aucune manifestation du côté des seins, ni aucun symptôme du retentissement physique et moral caractéristique du travail profond des organes constitutifs de la sexualité chez la femme.

Il y a des femmes qui ne sont pas réglées, qui ne l'ont jamais été et qui pourtant ont tous les attributs de la femme; mais, outre que ce cas est plus rare qu'on ne le croit généralement, ces femmes n'en éprouvent pas moins, tous les mois ou à des intervalles plus éloignés, les symptômes du molimen ovarique et utérin et du retentissement général dont je viens de parler, symptômes qui font ici entièrement défaut.

J'ai souvent été consulté pour des femmes se trouvant dans cette position, et, sans parler de celles qui sont malades et qui voient leur menstruation s'établir lorsqu'elles ont recouvré la santé, ce qui n'est pas le cas de la dame J..., j'ai constaté malheureusement chez plusieurs de ces femmes, qu'on avait eu l'imprudence de marier, soit des imperforations du vagin ou de l'utérus, soit des absences du col ou du corps ou de la totalité de la matrice. Mais, même chez ces femmes, le travail ovarique était très-manifeste : les congestions mensuelles, le retentissement général de ce travail ovarique, souvent des ardeurs difficiles à contenir, l'éveil du sentiment voluptueux, le désir d'être mères; tout enfin accusait en elles la présence et l'action des ovaires, c'est-à-dire des organes essentiels, constitutifs, caractéristiques de la femme.

Chez la dame J..., rien de tout cela n'existe. Si donc les organes essentiels ne sont pas des organes masculins atrophiés, comme peuvent le faire supposer les organes accessoires qui ne sont pas arrivés, en tant que masculins, à leur complète évolution, on peut du moins assurer qu'il n'existe aucun des organes essentiels féminins, ou que les rudiments de ces organes, s'ils existent, sont restés ce qu'ils étaient au début de la vie fœtale, des bourgeons imperceptibles et inertes, qui réduisent à néant l'état sexuel de la personne en question.

En un mot, l'absence des organes essentiels de la génération

assimile cette personne à un de ces êtres qui sont caractérisés dans plusieurs espèces animales par l'avortement normal des mêmes organes, et sont connus sous le nom de *neutres*. Si l'on veut bien nous passer cette comparaison, il y a, entre une pareille personne et une femme, la même différence qu'entre une ouvrière d'une ruche d'abeilles et la reine ou la femelle d'un essaim. Une telle personne n'est pas plus une femme qu'une abeille ouvrière n'est une femelle : elle n'est pas seulement impuissante ou incapable d'être fécondée, elle est pardessus tout improductive ou incapable de faire des germes.

CONCLUSIONS.

1° Mme J... ne possède qu'une partie des apparences extérieures de la sexualité féminine;

2° Plusieurs de ces apparences extérieures lui manquent absolument, et, parmi elles, la plus caractéristique de toutes, la largeur du bassin;

3° On ne peut pas dire qu'elle est seulement impuissante, c'est-à-dire que, par suite de l'absence de l'ouverture vaginale dûment constatée, elle est incapable d'accomplir le coït ou de permettre à la semence d'arriver à la rencontre de l'œuf pour le féconder;

4° Elle est bien plus qu'impuissante, elle est improductive; aucun fait n'autorise à présumer qu'il puisse exister dans l'intérieur de son corps un seul des organes essentiels de la reproduction, c'est-à-dire un seul des organes constitutifs de la sexualité féminine;

5° On peut supposer légitimement que, chez cette personne, malgré des apparences extérieures incomplètes de sexualité féminine, il existe à l'intérieur des organes masculins plus ou moins rudimentaires;

6° On peut affirmer pour le moins que, chez elle, les organes constitutifs du sexe féminin, dont l'existence est indispensable pour caractériser la femme, font entièrement défaut ou sont à peine rudimentaires, et ne peuvent accomplir aucune fonction;

7° La personne en question doit donc être rangée dans la catégorie de ces sujets tératologiques qui n'ont, à proprement parler, pas de sexe, et qui ne peuvent par conséquent être unis par le mariage à aucun individu normalement organisé, quel que soit le sexe de ce dernier.

(*A suivre.*)

EMPLOI DU FORCEPS

POUR EXTRAIRE LA TÊTE DU FŒTUS APRÈS LA SORTIE DU TRONC

Par le Dr J. Grynfeltt,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

(2e article (1)).

C. Position mento-pubienne. — Lorsque le tronc de l'enfant étant sorti, le dos reste en arrière, et que la tête retenue dans l'excavation, ou au détroit périnéal a le *menton défléchi*, on ne peut plus considérer ces rapports, à moins de fermer les yeux à la lumière et de ne tenir aucun compte des analogies les plus légitimes, comme une position *occipito-sacrée*. Le pivot autour duquel va s'exécuter le dégagement est la *région sous-mentale* du fœtus. C'est un accouchement en *présentation faciale, face en dessus*, qui va se réaliser. Le nom de *position mento-pubienne* convient donc beaucoup mieux à ce nouveau rapport, bien que les auteurs ne l'aient pas mis en évidence.

Effectivement, en cette occurrence, l'occiput, logé dans la concavité du sacrum et plus bas par rapport au périnée que la saillie du menton qui se trouve au-dessus des pubis et aussi éloigné que possible de la poitrine du fœtus, se dégage le premier à la vulve, au devant de la fourchette, quand l'expulsion peut se faire spontanément ou qu'elle est opérée artificiellement. Puis sortent à la suite le bregma, le front, la face, et le

---

(1) Voir le numéro du 15 septembre.

menton le dernier. C'est-à-dire que se dégagent l'un après l'autre tous les *diamètres sous-mentaux*, comme dans un accouchement naturel par la face. La seule différence que l'on constate, c'est que ces divers diamètres apparaissent à la vulve dans un ordre inverse, de l'occiput au menton, au lieu de se montrer du menton à l'occiput. Mais, dans les deux cas, le pivot de ce mouvement de dégagement reste le même, la *région sous-mentale* du fœtus appliquée sous la symphyse du pubis. — En un mot, c'est un véritable accouchement par la face qui se réalise, seulement, la face reste en dessus et sort la dernière. Mais, encore une fois, le mécanisme n'est pas sensiblement modifié. — Nous avons donc raison de donner aux rapports qu'affecte le fœtus, dans cette circonstance, avec le petit bassin, bien que le tronc soit dehors, le nom de *position mento-pubienne*.

Au surplus, et ceci n'a pas une moindre importance au point de vue pratique, pendant que s'opère le dégagement que nous venons de décrire, le ventre du fœtus se rapproche du ventre de la mère. C'est même à cette seule condition que peut se faire le dégagement spontané.

L'accoucheur doit donc en pareille circonstance relever fortement en haut le tronc du fœtus, et faire ses tractions dans ce dernier sens avec plus ou moins de vigueur. Telle est l'excellente manœuvre de *ventre sur ventre* recommandée pour ces cas par M. le professeur Pajot, et dont le succès est presque certain. Elle peut pourtant ne pas réussir, comme dans l'exemple que nous allons rapporter. Comment faut-il alors intervenir avec le forceps ?

La rareté des cas semblables, signalés déjà cependant, au dire de Cazeaux (1), par Leroux, Asdrubali, Michaelis, fait que les auteurs des Traités d'accouchements les plus répandus passent rapidement sur ces faits. Puisque nous avons eu la bonne fortune d'en observer un à la clinique d'accouchements de Montpellier, pendant que nous étions interne de ce service, mettons-le à contribution pour en tirer quelques enseignements.

---

(1) Cazeaux. *Op. cit.*, p. 460.

OBSERVATION. — Clotilde Che..., 26 ans, enceinte pour la première fois, bien portante, entre à la clinique d'accouchements (service de M. Dumas), le 8 juin 1863. Règles abondantes ; un peu de leucorrhée habituellement.

Premières douleurs de l'enfantement le 6 juillet, à 4 heures du matin. Elles sont d'abord rares et peu intenses.

A 8 heures du matin, elles augmentent sensiblement et nous voyons la femme pour la première fois. — Col ramolli et presque totalement effacé.

Midi : dilatation comme 1 franc. Sous l'influence de je ne sais plus quoi, la poche se rompt.

A 4 heures : Douleurs vives et fréquentes. Agacement nerveux, Dilatation comme 2 francs. Aucune partie fœtale accessible par le toucher au détroit supérieur. — Bain d'une heure de durée. Il ne calme pas l'état d'excitation générale que développe cette dilatation pénible du col. — Potion éthérée et laudanisée.

A 6 heures : un autre bain que demande la parturiente elle-même.

A 1 heure du matin seulement (7 juillet maintenant), la dilatation est complète, et l'engagement commence à se faire. La fesse antérieure (2e position du siége) est prise pour le sommet recouvert d'une bosse séro-sanguine.

Le diagnostic n'est bien établi que sur le lit de travail à 3 heures. Les membres inférieurs sont complètement relevés sur le plan sternal du fœtus, et cette attitude gêne la rotation du dos en avant. Nous ne pouvons nous-même la favoriser autant que nous le voudrions. Ce n'est, en effet que lorsque les genoux relevés sur le ventre du fœtus sont accessibles que nous pouvons venir en aide à la nature pour l'accomplissement de ce mouvement qui malheureusement ne peut s'effectuer. Au surplus, le cordon protégé par les deux tuteurs que lui font les membres pelviens ainsi relevés n'a pas subi de compression fâcheuses. Ses pulsations sont normales.

Tout en essayant de ramener le dos en avant, en imprimant au tronc du fœtus un mouvement de rotation de droite à gauche, nous nous gardons de faire de fortes tractions jusqu'à ce que nous ayons complètement étendu les bras et que nous les ayons amenés au dehors. Le dos reste en arrière et par conséquent l'occiput va occuper la concavité du sacrum. Nos tentatives pour ramener la face en arrière suivant la pratique de Mme Lachapelle restent infructueuses.

Quels que soient nos efforts d'extraction manuelle dirigés aussi méthodiquement que possible (mouvement de dos sur dos d'abord, puis de ventre sur ventre), nous ne pouvons dégager la tête. — Imbu des idées de Chailly sur l'emploi du forceps en une telle occurrence, nous essayons d'appliquer cet instrument sur le plan *sternal* de l'enfant, après en avoir abaissé autant que possible le tronc. Impossible

d'introduire la première branche. Il va sans dire que l'enfant avait alors cessé de vivre.

M. le professeur Dumas, prévenu de l'embarras dans lequel nous laissait notre inexpérience à cette époque, arrive et fait l'application du forceps avec une facilité vraiment surprenante ; mais il a soin de nous faire relever fortement en haut, sur le ventre de la femme, le tronc de l'enfant, et de glisser les branches de l'instrument en arrière, *au-dessous de lui*, sur son plan *dorsal*, suivant la méthode des accoucheurs allemands qui nous était alors inconnue. La facilité avec laquelle fut faite cette application du forceps et la rapidité de l'extraction de cette tête que nous n'avions pu ébranler firent sur nous une impression telle que nous n'en avons jamais pu perdre le souvenir. Il était alors 5 heures et demie du matin. Le placenta, qui avait eu le temps de se décoller, vient avec l'enfant. Du reste, pas d'hémorrhagie notable.

PRINCIPAUX DIAMÈTRES DE LA TÊTE DU FŒTUS :

Occipito mentonnier,	13	centim.	1/2.
Occipito frontal,	12	—	—
Sous-occipito bregmatique,	9	—	
Sous-mento bregmatique,	9	—	
Bipariétal,	9	—	
Poids total de l'enfant,	3,450	gram.	

Suites de couches normales. Sortie de la femme de l'hôpital le 16 juillet.

Revenons sur quelques points de ce drame tocologique :

Notons d'abord une circonstance malencontreuse, la rupture prématurée de l'œuf, et lorsque la dilatation n'avait pas plus d'étendue que la surface d'une pièce de 1 franc. Elle fut pour beaucoup dans l'erreur de diagnostic que nous fîmes. A ce moment la dilatation était insuffisante pour permettre l'exploration facile de la région fœtale en rapport avec le détroit supérieur, qui du reste paraissait inoccupé, tellement élevée était cette partie du fœtus. Plus tard, quand la dilatation fut complète, et elle ne se compléta que tardivement (à une heure du matin), le gonflement œdémateux dont la partie fœtale engagée était devenue le siége vint encore embarrasser le diagnostic.

A la vérité, l'auscultation aurait dû nous mettre sur la voie d'un bon diagnostic. Comment se fait-il qu'il n'en soit tenu aucun compte dans l'histoire de notre accouchée ? Nous ne

pouvons nous l'expliquer aujourd'hui. Les bruits cardiaques fœtaux, à cause même de la position dorso-postérieure droite (2e du siége), n'étaient-ils pas perceptibles ? Ce n'est pas impossible. Toujours est-il que nous ne les trouvons pas mentionnés sur la feuille d'observation, pas plus que les résultats de la palpation abdominale. Il est vrai que nous ne possédons pas cette finesse du tact qui permet à M. Matteï « de sentir la série des apophyses épineuses du fœtus » (1).

Quant au défaut de rotation du dos de l'enfant en avant, il trouve une explication plausible, ce nous semble, dans le redressement des membres pelviens au-devant du tronc. On sait, en effet, que les phénomènes mécaniques d'un accouchement par le siége sont plus réguliers quand la présentation est complète que quand elle est décomplétée. Ce que nous savons très-bien, en tout cas, c'est qu'il nous a été impossible de le déterminer, quelques efforts que nous ayons faits pour cela. Nous ne parvenions jamais qu'à tordre le torse de l'enfant, sans pouvoir le faire véritablement tourner, l'occiput n'était en rien influencé par nos tentatives de réduction, il est toujours resté obstinément en arrière. Mais pourquoi le menton s'est-il défléchi ? C'est que n'étant pas encore descendu *au-dessous* de la symphyse pubienne au moment où, par des tractions un peu vives, nous tâchions de terminer l'accouchement pour soustraire l'enfant à une mort imminente par le fait de la compression du cordon ombilical, il a pu glisser en haut, en arrière, sur le plan incliné de la face postérieure du pubis, circonstance dont nous avons déjà signalé la possibilité.

Nous ferons d'ailleurs remarquer avec Cazeaux que l'extension de la tête est beaucoup plus fréquente lorsque l'occiput reste en arrière que lorsqu'il est dirigé en avant, et cela parce que, les tractions étant naturellement faites en bas et en avant, le col utérin, qui tend toujours à revenir sur lui-même et qui regarde un peu en arrière, accroche par sa lèvre antérieure le menton de l'enfant et détermine l'extension de la tête. Au surplus, l'insuccès de la manœuvre de dos sur dos nous ayant

(1) Matteï. *Essai sur l'accouc. physiol.*, 1855, p. 140.

engagé à essayer de la manœuvre de ventre sur ventre, c'est cette dernière manœuvre qui a complété la déflexion.

Inutile de revenir maintenant sur les détails de l'application du forceps faite par M. le professeur Dumas. Le prompt succès qu'elle a eu parle assez haut en sa faveur. Par conséquent, nous conseillerons toujours, pour les cas analogues à celui que nous venons de relater, d'imiter la conduite du professeur de Montpellier, celle que recommandent, pour tous les cas de *tête derrière*, les accoucheurs d'outre-Rhin. Se conformer, en pareille occurence, à la règle générale formulée dans nos livres d'accouchements, c'est se créer, comme cela nous est arrivé, des difficultés pour ainsi dire insurmontables.

Qu'on veuille réfléchir, en effet, aux rapports qu'affectent alors la tête fœtale et le cou avec les parties génitales de la mère, et on verra tout de suite la peine que l'on doit avoir à introduire les branches du forceps au-devant du cou de l'enfant et à atteindre avec les cuillers les côtés de la tête fortement portée en arrière, dans la concavité du sacrum. Au contraire, en relevant verticalement le tronc du fœtus au-devant de la vulve, où se donne beaucoup de place, relativement parlant, bien entendu, mais surtout la facilité de faire usage du mode d'introduction du forceps prôné par Mme Lachapelle et dont nous avons déjà fait ressortir la grande utilité pratique. Au surplus, on peut alors saisir beaucoup plus commodément les côtés du crâne du fœtus qui, à cause même de l'extension forcée de la tête, est, avons-nous dit, très-bas situé dans l'excavation.

Enfin, ainsi appliqué, le forceps est on ne peut mieux disposé pour faire exécuter à la tête du fœtus le mouvement d'extension exagérée qui doit amener son dégagement à la vulve. Il suffit pour cela de porter les manches de l'instrument *par en haut* en même temps que l'on tire à soi. Ainsi on imite le procédé que suit la nature quand, livrée à elle-même, ou aidée par la manœuvre de *ventre sur ventre* faite avec ménagements, elle peut conduire à bien un tel accouchement. *Ars naturam imitatur.*

Il n'est donc pas « indifférent » comme le dit M. Tarnier (1)

---

(1) Tarnier. *Loc. cit.*, p. 393.

de faire pénétrer les branches du forceps suivant le *plan sternal* ou suivant le *plan dorsal* du fœtus, quand on veut entraîner au dehors sa tête en état de déflexion complète dans l'excavation (*position mento-pubienne*), après la sortie du tronc ; et, on est plus que « autorisé, » pour nous servir de l'expression de Cazeaux, à appliquer le forceps sur le *plan dorsal* du fœtus, *au-dessous* de lui, suivant le précepte donné par les accoucheurs allemands.

Au surplus, au temps où nous vivons, il n'est peut-être pas sans intérêt de rechercher si les Allemands ont été les premiers à établir en principe d'appliquer le forceps *au-dessous* du corps du fœtus quand l'occiput de la tête dernière occupe la concavité du sacrum. La lecture du livre de H. F. Nœgelé pourrait le laisser croire. « L'accoucheur, dit-il, qui sait comment la nature expulse à travers le bassin la tête placée dans cette attitude ne peut avoir la pensée d'appliquer l'instrument au dessus du corps de l'enfant ainsi qu'on l'enseignait encore naguère presque généralement. Dans ce cas, comme dans tous les autres, le forceps est introduit et articulé *au-dessous* du tronc » (1). Pourtant, déjà Baudelocque dans une note très-explicite donne le conseil, si l'on éprouve trop de difficultés à introduire les branches du forceps *au-dessus* du corps du fœtus, d'essayer de les porter *au-dessous*, en tenant le tronc élevé du côté du ventre de la mère (2). Et plus tard, Gardien dit formellement : « *Je préfère dans tous les cas placer les branches au-dessous de l'enfant que l'on fait relever par un aide vers l'abdomen de sa mère* » (3). — *Et nunc erudiamur.*

D. Positions obliques et transversales. — Le tronc du fœtus étant dehors et la tête conservant encore une *position oblique* ou *transversale* dans l'excavation, quelle doit être la conduite de l'accoucheur, si l'application du forceps devient nécessaire ?

Le placement des branches de l'instrument sur les côtés de

(1) Nœgelé. *Op. cit.*, p. 296.
(2) Baudelocque. *Loc. cit.*, p. 204.
(3) Gardien. *Traité d'acc.*, t. II, p. 593.

la tête de l'enfant offre alors des difficultés très-grandes, et même insurmontables; aussi l'homme de l'art doit-il tenter de réduire avec les mains la position oblique ou transversale en position directe, et de préférence en position occipito-pubienne, qui est la plus avantageuse. Si le menton du fœtus est trop éloigné de la poitrine, ou en d'autres termes, si l'état de déflexion plus ou moins marqué de la tête est gênant pour la manœuvre, il faut tout d'abord tâcher d'augmenter la flexion, de la compléter même si faire se peut, à l'aide de la main qui, mise dans un état intermédiaire à la pronation et la supination, à la face palmaire tournée vers la face du fœtus, main portée sur cette région même du fœtus, et qui, à l'aide d'un ou de deux doigts introduits dans la bouche, peut opérer l'abaissement de la mâchoire inférieure et la flexion de la tête.

Cela fait, ou sans cette manœuvre préalable, qui peut ne pas être nécessaire, il faut ensuite, pour obtenir la réduction désirée de la position oblique ou transversale, en occipito-pubienne, agir comme le conseille M[me] Lachapelle (1), c'est-à-dire glisser dans la concavité du sacrum la main dont la paume embrasse le plus commodément l'occiput de l'enfant, la porter sous la joue de ce dernier qni regarde en arrière, et introduire l'index et le médius dans la bouche, afin d'attirer la face en arrière dans la concavité sacrée et d'amener par cette manœuvre l'occiput en avant, derrière le pubis.

Ce mode d'intervention recommandé par l'habile sage-femme, qui a tant illustré l'école de la Maternité de Paris est, sans contredit, excellent en pratique, quoi qu'en dise Joulin (2) ; et sur trois fois que nous avons dû y recourir, il nous a donné deux succès. Une fois la face conduite dans la concavité sacrée, l'extraction manuelle simple est généralement des plus faciles, comme dans les deux cas auxquels nous faisons ici allusion. C'est donc à cette manœuvre que doit d'abord songer l'accoucheur qui se trouve en présence d'un cas de ce genre. Mais elle peut manquer son effet comme sur la femme dont l'accou-

(1) Lachapelle. Loc. cit., p. 97.
(2) Joulin. Op. cit., p. 1017.

chement laborieux a été le motif ou le prétexte de ce travail. Que faire alors? Tant que la face du fœtus est en rapport avec l'une ou l'autre symphyse sacro-iliaque de la mère, autrement dit, tant que la position est occipito-antérieure gauche ou droite, ou même tant que la position est transversale, le mode d'intervention de Mme Lachapelle réussit presque à coup sûr. Mais quand la face du fœtus est en rapport avec l'une des deux cavités cotyloïdes de la mère, en d'autres termes, quand la position est occipito-postérieure droite ou gauche, il est beaucoup plus difficile de faire tourner en arrière cette partie du fœtus (la face) et de produire ainsi à l'aide des mains une position occipito-pubienne; aussi, nous croyons que sans perdre du temps, il convient dans une telle conjoncture, de retirer la main introduite la première, de la remplacer par l'autre mieux appropriée à la circonstance, et, par une manœuvre analogue à la précédente, de tâcher d'entraîner l'occiput dans la concavité du sacrum, afin de réduire la position oblique ou transversale en position occipito-postérieure directe, et de pouvoir appliquer alors, si besoin est, le forceps comme il a été dit ci-dessus.

Peut-être que, en cas d'insuffisance des mains seules, on pourrait, dans le cas supposé, employer avec avantage une branche du forceps (celle paraissant le mieux disposée pour produire le mouvement désiré), maniée comme un levier, en laissant, bien entendu, la main conductrice en place pour protéger les parties molles de la mère; cette main devant servir de point d'appui et aider en même temps à la manœuvre en appuyant sur la cuiller de l'instrument appliqué sur la tête fœtale. Ne sait-on pas, d'ailleurs, pour peu que l'on ait fait usage du forceps, que, lorsqu'il n'existe pas de disproportion trop grande entre la tête fœtale et l'excavation pelvienne, il suffit d'introduire la première branche du forceps pour sentir la tête exécuter un mouvement de rotation, qui la place dans le sens antéro-postérieur du petit bassin, comme dans l'accouchement physiologique.

Bien que nous n'ayons jamais eu recours encore à l'expédient que nous conseillons, nous croyons devoir le recommander parce qu'il nous semble d'une application plus facile pour les cas en

question, que celle des deux branches du forceps, déjà si difficile même sur la tête première en position transversale, si l'on veut suivre toutes les règles préscrites par l'Ecole française. Pour notre part, nous le disons ici avec franchise, nous estimons que toutes ces règles excellentes en théorie sont inexécutables et même dangereuses dans la pratique. Nous avons toujours appliqué jusqu'ici les cuillers du forceps sur les côtés du bassin, ou à peu près ; et nous n'avons pas encore eu à nous plaindre d'avoir agi de cette manière. Au détroit supérieur, en agissant de la sorte, nous avons presque toujours mal saisi la tête, dans le sens d'un de ses diamètres obliques; mais le moyen de faire autrement est encore à trouver. Heureusement, dans les cas de position transversale dans l'excavation, en faisant une application oblique convenable, c'est-à-dire telle que la courbure pelvienne du forceps soit dirigée du côté de la partie fœtale qui doit être amenée sous le pubis, et, chose bien digne de remarque, la main conductrice de chaque branche est pour ainsi dire conduite elle-même là où il faut par l'attitude de la tête, — heureusement, disons-nous, en faisant une application oblique convenable, la tête exécute elle-même entre les cuillers du forceps, en vertu de la loi d'accommodation d'après laquelle s'effectuent tous les phénomènes mécaniques de l'obstétrique, et sous la simple influence des premières tractions, la rotation qu'elle effectue d'ordinaire spontanément pendant son mouvement de descente à travers le bassin.

Par conséquent si aucune des manœuvres indiquées pour transformer en une *position directe une position oblique ou transversale de la tête dernière*, ne pouvait réussir, et s'il fallait appliquer le forceps en l'état, comme cette application offrirait les les plus grandes difficultés, si on voulait à tout prix saisir le diamètre bi-pariétal du fœtus, nous croyons qu'il faudrait *élever de préférence* ou *abaisser fortement* le tronc de l'enfant, suivant qu'il serait plus commode d'agir de l'une ou de l'autre manière, et introduire les branches comme pour une *position directe*. Encore ici on serait peut être assez heureux pour voir la rotation s'effectuer entre les cuillers et l'instrument.

En résumé, nous estimons, après les détails dans lesquels

nous sommes entré, que l'accoucheur ayant à faire usage du forceps pour extraire la tête du fœtus retenue dans l'*excavation* ou au *détroit inférieur* après la sortie du tronc de l'enfant, doit se conformer aux règles suivantes qui sont les conclusions légitimes de la discussion à laquelle nous venons de nous livrer :

a. Position occipito-pubienne. — *Relever* le tronc du fœtus autant que possible, appliquer les branches du forceps *au-dessous* de lui, sur son *plan sternal* ; et tirer ensuite *en avant* et de *bas en haut* comme pour dégager l'occiput en pareille position d'une présentation crânienne. Dans les deux cas, nous l'avons démontré, les mêmes diamètres se présentent, bien que dans un ordre inverse, aux diamètres antéro-postérieurs de l'excavation et du détroit inférieur. Dans les deux cas, même direction à donner aux tractions.

Concordance de la méthode française et de la méthode allemande.

b. Position occipito-sacrée (Tête fléchie). — *Abaisser* le tronc du fœtus autant que possible, appliquer les branches de l'instrument *au-dessus* de lui, sur son *plan sternal* ; et tirer ensuite en *avant*, mais *surtout en bas* pour dégager la face la première à la commissure antérieure de la vulve ; de même que, en *position occipito-sacrée*, le crâne venant le premier, il faut, quand l'occiput a atteint le bord antérieur du périnée, tirer *en avant*, mais *surtout en bas*. Dans ces deux cas encore, nous l'avons démontré, les mêmes diamètres passent, bien que dans un ordre renversé, à travers les diamètres antéro-postérieurs du petit bassin et du détroit périnéal. Dans les deux cas, tractions dans le même sens.

Préférence à donner à la méthode française.

c. Position mento-pubienne (Occipito-sacrée, tête défléchie). Excellence de la méthode allemande. — *Relever* le tronc du fœtus le plus possible, appliquer les branches du forceps *au-dessous* de lui sur son *plan dorsal*, et tirer ensuite *surtout par en haut* pour compléter la déflexion et dégager l'occiput le premier au-devant du périnée, puis le vertex, le bregma, le front et la face ; en un

mot, pour donner lieu à une sorte *d'accouchement par la face, face en dessus*. Au reste, encore mêmes diamètres au dégagement, *face première* ou *face dernière*. Aussi, encore même direction à donner aux tractions dans les deux cas.

d. Position transversale ou oblique.— Réduire par la manœuvre de Mme Lachapelle en occipito-pubienne. Si c'est impossible de faire de la sorte, ramener toujours, par une manœuvre analogue ou à l'aide d'une seule branche du forceps, l'occiput en arrière, en position directe, et agir ensuite, suivant le cas, comme il a été dit ci-dessus.

Bref, comme le dit M. le professeur Pajot, les dégagements artificiels doivent se modeler exactement sur les dégagements spontanés. (*A suivre.*)

DE L'HÉMATOMÈTRE

DANS LA CORNE RUDIMENTAIRE D'UN UTÉRUS UNICORNE.

Par le Dr Albert Puech (de Nîmes).

L'utérus unicorne est une anomalie de l'organe gestateur caractérisée par l'absence, ou tout au moins le développement incomplet de l'une des cornes. Produite par un arrêt de développement ayant frappé celle-ci de la cinquième à la huitième semaine de la vie embryonnaire, cette anomalie se divise naturellement en deux formes principales : dans l'une, l'absence est absolue (*utérus unicorne proprement dit*); dans l'autre, à côté de la corne normalement configurée, existe un rudiment de l'autre corne (*utérus unicorne avec corne rudimentaire*).

Ces divisions ne sont pas les seules qui puissent être établies et, en tenant compte des faits existants, je suis arrivé à proposer la classification suivante (1) :

Utérus unicorne.	A, sans rudiment de l'autre corne.	sans ovaire ni trompe.
		avec ovaire et trompe.
	B, avec rudiment de l'autre corne.	solide.
		creux sans canal de communication.
		creux avec canal.

(1) V. Courty. *Traité des maladies de l'uterus*, Paris, 1872, p. 87.

De ces deux formes, la première est la plus rare et est seulement représentée par une dizaine d'observations ; pour ma part, j'en ai recueilli quatre exemples relatés dans ma monographie sur *les ovaires*. La seconde, au contraire, plus riche en observations (quatre-vingts environ), est en même temps la plus intéressante à connaître et la plus curieuse à étudier. Si, au point de vue physiologique, l'existence d'un rudiment solide est sans importance, il n'en est pas de même des deux autres variétés.

La cavité existant au centre de la corne rudimentaire, peut alors être apte, dans une certaine mesure, à remplir sa destination, et être, tour à tour, le siége d'une exhalation sanguine ou même d'une grossesse. Rappelons, en passant, les faits de Benoît Vassal (1669), de Dionis (1683), de Pfeffinger et de Fritze (1779), de Canestrini (1789), etc., etc., dans lesquels celle-ci a été l'organe gestateur au grand détriment de la femme. Si, faute d'une saine interprétation, ces observations ont été rattachées à l'histoire des grossesses extra-utérines, il n'en est plus de même aujourd'hui : elles sont appréciées à leur véritable valeur et, depuis la note de Stoltz à l'Académie des sciences (1856) et l'ouvrage de Kussmaul (1859), elles ont conquis la place à laquelle elles avaient droit.

Ce n'est point ici le lieu d'écrire l'histoire complète de cette anomalie, mais il m'a paru que ces considérations préliminaires, loin de constituer un hors-d'œuvre, auraient pour avantage de faciliter la compréhension du sujet. Il s'agit, en effet, de cas relativement rares, ayant encore une place très-restreinte dans les traités de gynécologie et pour ce motif à peu près complètement inconnus pour la grande majorité des praticiens.

Quant aux faits qui ont été l'occasion de ces remarques, ils sont uniques par la circonstance de l'hématomètre dans la corne rudimentaire. Sans doute, la première observation de Stoltz en était une preuve cadavérique ; mais si elle suffisait pour en établir la possibilité, elle passait sous silence les caractères cliniques. Il n'en est pas de même pour la suivante, aussi, à raison de son importance spéciale, je l'ai traduite à peu près textuellement.

Une fille fut menstruée à 14 ans et depuis régulièrement et sans douleurs. A l'âge de vingt ans, elle souffrit pendant six mois de convulsions dans les extrémités et le visage, sans qu'il en résultât le moindre trouble du côté de la menstruation. A 25 ans, pendant un violent orage, environ quatorze jours après l'époque menstruelle, elle fit une course forcée, à la suite de laquelle il survint une hémorrhagie par les voies génitales. Depuis cette époque, les règles furent avancées, douloureuses et suivies dans la période intercalaire de pression et de pesanteur dans le bas-ventre. Peu après, le médecin traitant constata une petite tumeur placée à droite et au-dessus de la branche horizontale du pubis. Ultérieurement les menstrues retardèrent et devinrent médiocres; les douleurs augmentèrent dans l'hypochondre droit et s'accompagnèrent de troubles digestifs. De temps en temps, symptômes de péritonite suraiguë avec fièvre; état misérable nécessitant le séjour au lit.

A 26 ans lorsqu'elle vint à Fribourg-en-Brisgau se confier aux soins d'Hégar, la nutrition était défectueuse et l'aspect pâle. A droite, au-dessus de la branche horizontale du pubis, se constatait une tumeur du volume d'un œuf d'oie, résistante, peu mobile et douloureuse à la pression. La portion vaginale est normale de volume et de forme, et le méat constitue une fente transversale. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on sent un corps utérin d'apparence normale, lequel est en légère rétroversion du côté gauche. A droite du col siége la tumeur résistante, mais elle ne descend pas jusqu'au cul-de-sac. Après une pression effectuée par le dehors, le cul-de-sac devient plus bombé et le doigt sent la tumeur dans la plus grande partie de son étendue. Celle-ci siége réellement sur le côté. La consistance en est résistante, la surface non complètement lisse, la sensibilité grande, la mobilité médiocre, mais, à raison de la douleur, on n'insiste pas. Par le rectum, on découvre un cordon de l'épaisseur d'une sonde, longue de 25 à 30mm qui, se détachant de l'isthme de l'utérus, va à la tumeur. Au-dessous de celui-ci est un sillon mou, cependant on sent entre le col et la tumeur, des liens membraneux qui sont interprétés comme des exsudats péritonitiques. Du reste, en ce qui concerne l'utérus, l'exploration rectale donne le même résultat que l'exploration vaginale et ne permet pas de conclure à l'existence d'un utérus unicorne.

A raison de l'incertitude du diagnostic, ponction explorative par les parois de l'abdomen donnant un liquide théiforme caractéristique et contenant en outre de nombreux corpuscules de pus. Cette ponction qui ne fut suivie d'aucun accident assura le diagnostic, mais laissa dans l'incertitude sur le traitement convenable. Après avoir discuté longuement le pour et le contre, la thérapeutique expectante, la ponction répétée, l'extirpation de la tumeur, l'établissement d'une fistule soit par l'abdomen, soit par le cul-de-sac supérieur du vagin,

Hégar s'arrêta à ce dernier parti qui était en définitive le seul logique.

Pour en diminuer la gravité, l'opération fut faite en deux temps et à deux mois d'intervalle.

Le premier temps, complètement original, en pareille matière du moins, eut pour but de circonscrire l'inflammation et, tout à la fois, d'immobiliser la tumeur. A cet effet, de la poudre de Vienne fut apposée au fond, du cul-de-sac et à quelque distance de la portion vaginale; il n'est pas précisé ni la durée de l'application, ni l'étendue de l'eschare, il est seulement dit que, lorsque l'eschare fut tombée, la malade fut renvoyée à sa maison. A son retour, deux mois plus tard, la tumeur était moins mobile, l'endroit de la cautérisation se reconnaissait à un enfoncement cicatriciel assez marqué du côté de la portion vaginale. Quant à la tumeur, elle était un peu plus grosse et un peu moins résistante.

Le second temps, effectué sans le concours du spéculum, consista en une ponction faite avec un trocart médiocrement fort, introduit sur la partie latérale de la cicatrice. Il s'en écoula 100 grammes de sang théiforme naturellement et sans exercer la moindre pression. Lorsque la tumeur se fut considérablement rapetissée, une compression soignée fut faite, ainsi qu'une injection sous-cutanée de morphine. Il survint à la suite un peu de fièvre et quelques symptômes de péritonite, mais cependant pas plus forts que ceux qui s'étaient montrés antérieurement d'une façon spontanée, mais quoique l'urine fût expulsée par la vessie, on constata un écoulement involontaire d'urine. La double perforation de la vessie et de la corne fut démontrée un peu plus tard en ce que avec l'urine fut chassé par l'urètre du sang altéré. Cette double perforation ne persista pas; l'écoulement d'urine par le vagin disparut au bout de huit jours; quant à l'écoulement de sang par l'urèthre, il se montra encore pendant l'époque suivante qui survint au bout de quatorze jours et s'accompagna de douleurs très-fortes.

Pendant la seconde époque l'urine resta claire et le sujet restera soulagé jusqu'à une nouvelle distension de la corne rudimentaire qui alors avait tout au plus le volume d'une noix. L'opération n'a donc pas eu un plein succès : si elle a remédié aux accidents existants, elle n'a point prévenu leur retour (Beiträge zur Geburtsh 1874, T. III, p. 146).

Dans les considérations qui précèdent cette belle observation, Hégar s'est occupé, avec juste raison, de déterminer les conditions anatomiques de la corne rudimentaire par le dépouillement des cas analogues, mais faute d'avoir une connaissance

complète de la littérature de cette anomalie, il n'a point résolu la question d'une façon très-nette. Ce n'est point ici le lieu de combler cette lacune ; qu'il me suffise de dire, en attendant de fournir les preuves à l'appui, que presque toujours le pédicule de la corne rudimentaire s'insère au niveau du méat interne et que, par suite, la corne se trouve assez éloignée du cul-de-sac du vagin. Partant, l'opération préliminaire qui a été pratiquée à raison de la mobilité de la tumeur, c'est-à-dire la cautérisation du cul-de-sac du côté où siége celle-ci a été légitimement et rationnellement instituée ; elle a eu pour conséquence de favoriser la production d'adhérences péritonéales résistantes et, par suite, elle a nécessairement amoindri les dangers de la ponction faite ultérieurement.

Le bien fondé de cette pratique ne saurait faire passer sous silence un inconvénient qui en est vraisemblablement résulté, c'est-à-dire l'oblitération rapide du trajet fistuleux. La ponction qui porte sur un tissu cicatriciel a, sans contredit, plus de tendance à voir disparaître ses effets que celle qui porte sur un tissu parfaitement sain. D'autre part, le trocart qui a été choisi pour instrument perforateur ne fournit pas une ouverture suffisante pour créer une fistule permanente qui était, dans l'espèce, le but que l'on cherchait à atteindre. Il y aurait là matière à bien des réflexions, mais elles trouveront place dans une autre occasion. La seconde observation donnée par Hégar est, en effet, incomplète, et nul doute que, lorsqu'il aura obtenu le résultat recherché, il ne revienne sur ce sujet. Il est, sans contredit, plein d'intérêt et, à raison de sa nouveauté, il méritait les détails dans lesquels nous avons cru devoir entrer.

CORRESPONDANCE

A PROPOS DE L'ACTION DU SULFATE DE QUININE SUR L'UTÉRUS

Par le Dr Burdel (de Vierzon).

A M. LE RÉDACTEUR EN CHEF *des Annales de Gynécologie.*

Bien cher et honoré confrère,

J'ai lu avec tout l'intérêt qu'il comporte, l'article pour ainsi

dire *complémentaire* que mon honorable confrère, le Dr Duboué, de Pau, vous a adressé sur l'action du sulfate de quinine sur l'utérus. Je dis complémentaire, et j'insiste sur ce mot, attendu que, dans le fragment de mon mémoire que vous avez bien voulu insérer dans les *Annales de Gynécologie*, je n'ai eu tout d'abord qu'un but, celui de démontrer que la quinine ne possédait aucune des propriétés abortives que beaucoup lui prêtent depuis longtemps.

Ne voulant pas donner mon expérience personnelle comme seule preuve de ce que j'avançais, j'ai rapporté l'expérience de ceux de mes contemporains qui se sont occupés de cette question, et j'ai surtout aimé à transcrire l'observation très-remarquable tirée de l'ouvrage de M. Duboué, non pas, pour soutenir ainsi qu'il le dit, une thèse contraire, mais bien pour donner plus de poids à la thèse que je soutiens ; c'est-à-dire, d'une part, nier l'action abortive spéciale de la quinine, de l'autre, démontrer l'action névrosthénique de cette substance sur l'utérus et sa circulation.

Du reste, M. Duboué lui-même, avouant avec la plus grande courtoisie « qu'il n'aura pas de peine à montrer qu'il ne s'agit entre nous que d'une de ces contradictions apparentes, si communes dans nos interprétations médicales, et que quelques éclaircissements peuvent aisément dissiper, » il ne me reste plus qu'à vous demander la permission de vous adresser sous peu le *complément* des observations qui traitent de l'action de la quinine dans certains accidents qui surviennent pendant la grossesse et la parturition. J'entends par là démontrer d'une manière aussi précise que possible, l'action névrosthénique de la quinine, agissant, non pas spécialement sur l'utérus et sa circulation, par sa propriété excito-motrice comme le prouve M. Duboué, mais sur l'économie tout entière par sa tonicité. Car les observations rapportées par mon savant confrère, ne montrent pas que la quinine soit oxitocique, mais bien que l'organisme, un moment affaissé par le travail, a su retrouver par la quinine cette tonicité qui lui manquait et dont l'utérus a pris sa part. Je n'en veux pour preuve que l'observation très-intéressante que M. de Ranse vient de publier dans la *Gazette*

du 25 octobre), observation dans laquelle cette …cique de la quinine a complètement échoué. La der… …ervation de M. Duboué me semble le prouver aussi; et …lles rapportées par le Dr Chiara ne sont pas moins pé… …oires.

…ans ce peu de mots que je vous adresse aujourd'hui, vous …e permettrez, n'est-ce pas, d'insister sur ce point; savoir : que cette action que, dans mes observations, j'ai notée comme étant excito-motrice de l'utérus, c'est-à-dire déterminant comme une sorte de contractilité que la malade me disait éprouver, cette action je l'ai rencontrée quelquefois chez l'homme... mais alors sur la vessie, et semblant surexciter cet organe et sa fonction. Cette action, très-limitée, n'a qu'une très-courte durée et est bien le produit de la quinine sur les nerfs vaso-moteurs et le plexus qui animent cet organe. J'ajoute enfin que cette sorte de contractibilité, ou pour dire plus vrai, cette sorte de suractivité passagère que la quinine semble imprimer parfois à l'utérus et à la vessie est loin d'être une règle, et qu'il est des cas où cette action apparaît à peine.

En terminant cette trop longue note, je veux vous prier, mon cher et excellent confrère, d'observer que dans ce travail que je soumets aux bienveillants lecteurs des *Annales de gynécologie*, je n'ai nullement la prétention de faire de théorie, ni de tout expliquer; mais bien de transmettre les faits tels qu'ils se sont passés sous mes yeux. Car je n'ai d'autre mérite aujourd'hui, que d'être un vieux praticien et d'avoir noté tout ce que j'ai pu voir dans ma carrière médicale.

Agréez l'expression de mes sentiments les plus distingués,

Dr Edouard Burdel.

Vierzon, 30 octobre 1874.

REVUE GÉNÉRALE

DU POIDS DES NOUVEAU-NÉS

SON ACCROISSEMENT PHYSIOLOGIQUE. — CIRCONSTANCES QUI PEUVENT LE MODIFIER (1).

(Suite et fin.)

Nous terminerons là ce qui est relatif au poids de l'enfant à la naissance, pour aborder enfin l'étude des lois qui président à son accroissement.

Un premier fait se dégage des nombreux travaux publiés sur cette question :

Un enfant né à terme et bien conformé perd de son poids dans les deux premiers jours qui suivent la naissance. Cette diminution de poids a été constatée pour la première fois par Quételet (2) : « Le poids moyen de l'enfant, dit-il, diminue un peu jusque « vers le deuxième jour après la naissance, et il ne commence « à croître sensiblement qu'après la première semaine. »

Les travaux de Von Siebold, de Winckel, de MM. Blache et Odier, du Dr Quinquaud (3), et de MM. Foisy et Lauro de Franco confirment entièrement les résultats de Quételet.

M. Bouchaud est arrivé à des conclusions un peu différentes. Pour cet observateur, le poids de l'enfant pourrait s'accroître dès les premières heures de la vie, sans aucune diminution préalable, et cela dans la proportion de 1,15e des cas observés.

Nous devons parler aussi d'un travail plus récent sur les changements de poids des nouveau-nés à terme, dans lequel M. Kozmarzki (4) admet la possibilité d'une augmentation de

(1) Voir le numéro précédent.

(2) Quételet. *Loc. cit.*

(3) Quinquaud. *Essai sur le puerpérisme infectieux chez la femme et le nouveau-né*. Thèse de Paris, 1872.

(4) Kezmarzki. *Des changements de poids observés chez les nouveau-nés à terme. Arch. de gynéc.* Berlin, 1873.

poids dans les premières heures qui suivent la naissance. Cette augmentation immédiate et momentanée aurait lieu toutes les fois que l'intestin et la vessie tardent à se vider.

Quoi qu'il en soit de ces exceptions, nous dirons avec M. Bouchut qu'elles ne sont pas de nature à infirmer la loi générale, et le fait d'une diminution de poids dans les deux premiers jours qui suivent la naissance peut être considéré comme une loi presque absolue.

Les principaux facteurs de cette déperdition peuvent être établis ainsi qu'il suit : 1° *L'expulsion du méconium* qui, d'après les observations de M. Bouchaud, peut être évaluée à 60 ou 90 gr. Il est rendu par petites portions de 2, 15 et 20 gr. 2° L'*évacuation des urines*, évaluée à 10 ou 15 gr. 3° L'établissement des deux grandes fonctions *respiration et transpiration pulmonaire ou cutanée*, et évalués à 100 grammes environ. 4° *La petite quantité de liquide prise le premier jour.*

Il résulte en effet des recherches de M. Bouchaud que la quantité de lait prise le premier jour de la naissance est tout à fait insignifiante. Voici les chiffres qu'il nous donne relativement à la quantité de lait nécessaire à l'enfant dans les premiers temps de son existence :

	10 TÉTÉES.				9 TÉTÉES	6 A 7 TÉTÉES.							
	1er jour.	2e jour.	3e jour.	4e jour.	1er mois.	2e mois.	3e mois.	4e mois.	5e mois.	6e mois.	7e mois.	8e mois.	9e mois.
Poids de la tétée.	Gr. 3	Gr. 15	Gr. 40	Gr. 55	Gr. 70	Gr 100	Gr. 120	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140	Gr. 140
Quantité de lait prise en 24 heures	30	150	400	550	630	700	850	950	950	950	950	950	950

On voit donc que, pendant les deux premiers jours, la nourriture d'un enfant ne saurait nullement compenser les pertes physiologiques qu'il doit subir, et la diminution de poids se trouve ainsi parfaitement expliquée.

La part très-grande qui revient à l'insuffisance alimentaire dans la déperdition des premiers jours, nous montre aussi tout ce qu'il y a d'avantageux à faire prendre au nouveau-né le sein d'une femme accouchée depuis quelques temps et qui peut lui fournir immédiatement beaucoup de lait. On lui évite ainsi une cause puissante d'affaiblissement que les enfants vigoureux peuvent supporter il est vrai, sans grand inconvénient, mais qui peut avoir des conséquences bien autrement graves chez les avortons et les enfants chétifs.

Cette manière de faire est d'autant plus recommandable qu'elle peut aussi épargner à l'enfant une autre cause d'affaiblissement malheureusement trop répandu. Nous voulons parler de l'abus si fréquent de l'eau sucrée. Grâce à cette pratique, l'enfant jeûne pendant les premiers jours, l'issue du méconium est retardée, et MM. Blache et Odier (1) ont pu constater que le poids initial était alors regagné beaucoup plus tard qu'à l'état normal, « de « plus et comme second effet, disent-ils, l'absence de succion « retarde la montée du lait, et c'est encore une cause de déper- « dition pour l'enfant. »

Pour les enfants placés dans de bonnes conditions, la déperdition qui suit la naissance peut être évaluée en moyenne à 65 grammes pour le premier jour, et à 35 grammes pour le deuxième. Chez les enfants moins bien partagés, elle peut s'élever à 112 grammes le premier jour, à 60 grammes le deuxième, et atteindre même 220 grammes chez les enfants qui perdent de leur poids pendant trois jours.

Nous avons emprunté les chiffres qui précèdent au travail du Dr Lauro de Franco (2).

En résumé, l'enfant qui vient de naître présente, pendant les

(1) Louis Odier et Réné Blache. *Loc. cit.*

(2) Thèse de Paris, 1874.

deux premiers jours, *une diminution d'environ 100 grammes du poids de sa naissance.*

A partir du troisième jour, il doit regagner de nouveau ce qu'il a perdu. D'après les statistiques de M. Bouchaud, les jours où l'enfant doit retrouver son poids initial, seraient; par ordre de fréquence, le 3e, le 5e, le 4e et le 7e jour.

Les observations dont M. Lauro de Franco donne la représentation graphique à la fin de sa thèse, confirment entièrement cette opinion.

Un accouchement avant terme, un allaitement mal dirigé, l'intervention d'une maladie chez la mère ou chez l'enfant, modifient beaucoup les chiffres qui précèdent.

Dans ces conditions, en effet, l'accroissement de l'enfant rencontre de nouveaux obstacles, de sorte que, en dehors de la perte de poids physiologique et passagère, il existe, comme le dit M. Bouchut (1), « une perte de poids qui se prolonge davantage et qui peut mettre l'enfant dans un état assez grave pour entraîner la mort. » C'est ainsi que dans la mort par inanition il y a une perte progressive de poids, et l'enfant succombe lorsqu'il est arrivé à perdre un tiers de son poids initial.

Mais, abstraction faite de ces influences, on peut admettre qu'*au septième jour un enfant à terme et bien portant a toujours recouvré le poids qu'il avait en naissant.*

A partir de ce moment, il doit s'accroître régulièrement, et suivant un certain nombre de lois bien déterminées.

Le travail le plus important qui ait paru sur cette question est celui du Dr Bouchaud (2).

M. Bouchaud pense qu'à partir du moment où un enfant a retrouvé son poids initial, il doit augmenter de 20 à 25 gram. par jour, pendant les cinq premiers mois, et de 10 à 15 gramm. pendant les sept mois qui suivent.

L'accroissement d'un enfant durant la première année se trouve ainsi représenté par une progression arithmétique décroissante, dont le premier terme est 750, le dernier 200, et la raison 50.

---

(1) Bouchut. *Du changement de nourrice. Gaz. des hôp.*, numéro du mardi 7 juillet 1874.

(2) Bouchaud. *Loc. cit.*

	Naissance.	1er mois.	2e mois.	3e mois.	4e mois.	5e mois.	6e mois.	7e mois.	8e mois.	9e mois.	10e mois.	11e mois.	12e mois.
Augmentation par mois.	gr. »	gr. 750	gr. 700	gr. 650	gr. 600	gr. 550	gr. 500	gr. 450	gr. 400	gr. 350	gr. 300	gr. 250	gr. 200
Poids moyen.	k. 3 250	k. 4 000	k. 4 700	k. 5 350	k. 5 950	k. 6 500	k. 7 000	k. 7 450	k. 7 850	k. 8 200	k. 8 500	k. 8 750	k. 8 950

En divisant par 30 l'augmentation de chaque mois, on aura pour l'augmentation quotidienne :

1er mois.	2e mois.	3e mois.	4e mois.	5e mois.	6e mois.	7e mois.	8e mois.	9e mois.	10e mois.	11e mois.	12e mois.
Gr. 25	Gr. 23	Gr. 22	Gr. 20	Gr. 18	Gr. 17	Gr. 15	Gr. 13	Gr. 12	Gr. 10	Gr. 8	Gr. 6

Les résultats, auxquels sont arrivés MM. Blache et Odier (1), diffèrent un peu de ceux de M. Bouchaud.

Ces deux observateurs considèrent « les chiffres de 25 et « de 15 grammes comme des minima au-dessous desquels il « est imprudent de descendre sans compromettre le développe- « ment de l'enfant », et ils donnent le chiffre de 30 grammes comme moyenne de l'accroissement quotidien.

D'après une série d'observations plus récentes, M. Lauro de Franco a cru devoir adopter exclusivement les chiffres de M. Bouchaud. Cette différence d'opinion tient probablement à ce que les recherches de M. Lauro de Franco ne portent que sur les enfants des services hospitaliers. S'il avait étendu ses

(1) *Loc. cit.*

observations aux enfants de la ville, peut-être n'aurait-il pas récusé d'une manière aussi absolue les moyennes de MM. Blache et Odier. Nous nous permettrons de citer, à l'appui de cette réflexion, l'observation d'une petite fille née à terme, et bien conformée, dont nous avons pu suivre l'accroissement pendant quatre mois. Voici cette observation :

Accroissement de 7 jours à 4 mois.

Date	Age	Poids net	Remarques	Augmentation	Nombre de jours.	Augmentation par jour.
		k				
17 mars 1874	7 j.	2 790	Allaitement maternel.			
19 »	9	2 874		84 gr.	2 jours	42 grammes.
21 »	11	2 990		116	2	58
24 »	14	3 050		60	3	20
27 »	17	3 135		85	3	28 1/2
29 »	19	3 187		62	2	31
31 »	21	3 281		84	2	42
3 avril	24	3 345		64	3	21 1/2
5 »	26	3 465		120	2	60
10 »	31	3 590		125	5	25
13 »	1 m. 3 j.	3 682		92	3	30 1/2
18 »	8	3 835	Allaitement mixte. Mère malade.	153	5	30 1/2
21 »	11	3 876		41	3	13 1/2
25 »	15	3 950		74	4	18 1/2
29 »	19	3 906		44 dim.	4	11 gr. de dim.
1er mai	21	3 960		54	2	27
3 »	23	4 040	Mère guérie.	80	2	40
6 »	26	4 180		140	3	46
8 »	28	4 274		94	2	47
10 »	30	4 340		66	2	33
15 »	2 m. 5 j.	4 505	Allaitem. artific. biber.	165	5	33
28 »	18	4 694		189	13	14 1/2
7 juin	28	4 952		258	10	25
10 »	31	4 973		21	3	7
14 »	3 m. 4 j.	5 000	Allaitement mixte (nourrice et biberon). Eritème des fesses, diarrh.	27	4	7
17 »	7	4 940		60 d.	3	20 gr. de dim.
20 »	10	4 980		40	3	13
22 »	12	5 040		60	2	30
26 »	16	5 190		150	4	37 1/2
30 »	20	5 230		40	4	10
4 juillet	24	5 310	vaccination	80	4	20
6 »	28	5 350		40	2	20
9 »	29	5 410		60	3	20
10 »	30	5 330		80 d.	1	80 gr. de dim.
11 »	4 m. 1 j.	5 330		0	1	»
12 »	2	5 340		10	1	10
13 »	3	5 370		30	1	30
22 »	12	6 640		270	9	30

Incomplète, en ce sens que le poids initial n'a pas été pris et qu'elle ne part que du septième jour, l'observation que nous allons donner suffira néanmoins à démontrer que les résultats de MM. Blache et Odier, au point de vue de l'accroissement quotidien, ne sont pas aussi exagérés que M. Lauro de Franco paraît le penser.

Ainsi, pendant le premier mois, la moyenne de l'accroissement a été de 33 grammes par jour. Ce chiffre répond absolument aux moyennes de MM. Blache et Odier. Examinant maintenant l'accroissement pendant les trois mois suivants, nous trouvons 750 gram. pour le deuxième mois, 632 gram. pour le troisième et 438 pour le quatrième. Ici nos chiffres paraissent confirmer à peu près les résultats du Dr Lauro de Franco. Mais, si l'on considère l'allaitement artificiel auquel l'enfant a été exclusivement soumis pendant le troisième mois, la maladie de la mère au deuxième, l'indisposition de l'enfant au début du quatrième, et la vaccination pratiquée à la fin du même mois, toutes circonstances qui ont dû se traduire par un abaissement de la courbe d'accroissement, il y a tout lieu de supposer que dans des conditions absolument normales nous aurions trouvé, du deuxième au quatrième mois, aussi bien que pendant le premier mois, des chiffres dépassant les moyennes de M. Lauro de Franco.

Quoi qu'il en soit, l'accroissement très-considérable les premiers mois, devient de plus en plus faible les suivants, et, tout en tenant compte de la petite réserve que nous venons de faire, la progression décroissante, instituée par M. Bouchaud, est vraie dans la grande majorité des cas.

Telles sont, en résumé, les principales lois qui régissent l'accroissement du nouveau-né à l'état normal. Toutefois, et nous devons le dire en terminant, il ne faudrait pas attacher à tous les chiffres que nous avons donnés un caractère de précision trop rigoureuse.

M. Bouchut (1) a très-bien fait remarquer qu'un enfant peut gagner par exemple 15 ou 20 grammes par jour seulement, et

(1) Bouchut. *Loc. cit.*

rester néanmoins dans d'excellentes conditions de santé : « l'important, c'est qu'il gagne ces quelques grammes. »

Il nous reste à dire maintenant quelques mots sur les résultats dus aux influences pathologiques.

Natalis Guillot avait très-bien vu l'influence que la maladie peut avoir sur la régularité de l'accroissement progressif du nouveau-né. Von Siebold et le professeur Malgaigne ont entièrement confirmé ses résultats.

La vaccine, la diarrhée, la rougeole, les vomissements, le moindre érythème, l'application même d'un vésicatoire se traduisent toujours par une perte de poids.

Il en est de même pour toutes les affections du premier âge. Elles se traduisent toujours par un ralentissement dans l'accroissement, et partant *par une perte de poids.*

Une maladie survenant chez la mère pendant la lactation ; un allaitement vicieux incomplet ou mal réglé; l'usage du biberon, l'introduction d'aliments nouveaux dans la nourriture de l'enfant avant l'éruption des premières dents (pratique déplorable, dont le rachitisme est trop souvent la conséquence) auront aussi le même résultat. Les observations de MM. Blache, Odier, Bouchaud et Foisy, ne laissent aucun doute à cet égard.

L'observation à laquelle nous avons déjà fait allusion, à propos de l'accroissement quotidien, est elle-même un exemple frappant des modifications qu'une maladie de la mère ou de l'enfant peut apporter à l'accroissement de ce dernier, et de la rapidité de la réparation aussitôt que les indispositions disparaissent.

On y voit en effet une maladie de la mère survenue un mois après l'accouchement se traduire par une perte de 11 gr. par jour pendant quatre jours; au bout de ce temps la mère guérit et nous voyons la courbe reprendre aussitôt son ascension normale. Au commencement du quatrième mois l'enfant change de nourriture, une très-légère diarrhée et un peu d'érythème des fesses se manifestent et nous voyons la courbe s'abaisser de 60 gr. en trois jours, puis remonter aussitôt que la diarrhée et l'érythème ont disparu.

Un peu plus tard enfin on voit encore l'enfant subir au cin-

quième jour de sa vaccination une perte de 80 gr. en vingt-quatre heures, rester stationnaire du sixième au huitième jour, et reprendre son accroissement régulier à partir du neuvième jour, alors que la période de dessiccation va commencer, et que tout mouvement fébrile a disparu. Pour rendre toutes ces oscillations en quelque sorte plus visibles, nous donnons à la fin de ce travail la représentation graphique de notre observation.

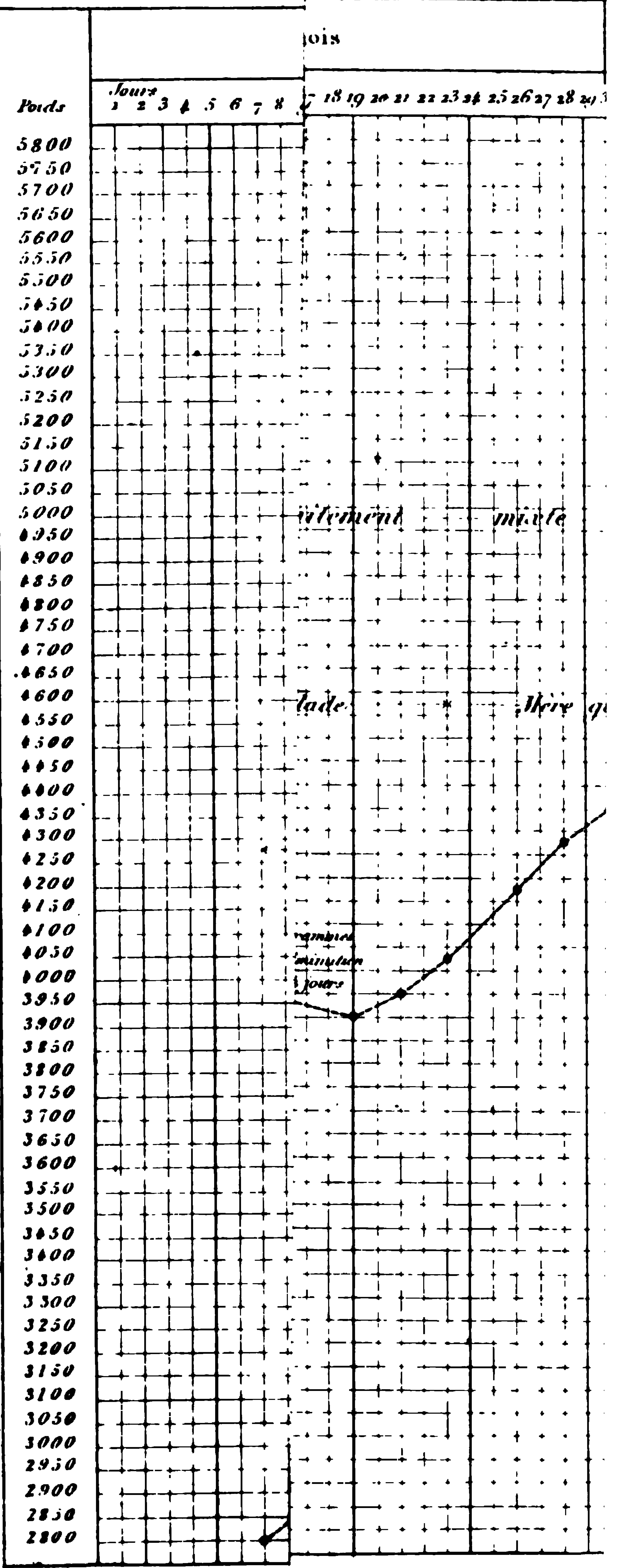
Si des indispositions aussi bénignes que celles que nous venons de signaler peuvent imprimer des oscillations aussi considérables à la courbe d'accroissement d'un enfant, on peut voir quelles proportions atteindrait la perte de poids sous l'influence d'une maladie grave telle qu'une variole ou une pneumonie.

Le travail que M. Thaon (1) vient de publier dans les Archives de physiologie nous en donne facilement l'idée. Il a étudié chez les enfants de 12 à 15 ans les modifications que la fièvre typhoïde, la pneumonie et la variole peuvent imprimer au poids des malades. Il est arrivé ainsi à voir que dans la fièvre typhoïde, par exemple, il se produit un abaissement considérable de poids au troisième et au quatrième jour de l'invasion. A cette époque, sous l'influence de la diarrhée, de la fièvre, de l'absence d'alimentation les malades peuvent perdre de 500 gr. à 1 k. 600 de leur poids. Pendant les jours qui suivent le poids reste stationnaire. Mais, lorsque survient le moment de la défervescence pendant laquelle le thermomètre met jusqu'à huit jours pour descendre de 40° à 37°, la perte de poids est encore plus considérable : elle peut atteindre 2 k. 400 en quatre jours, et « dans les formes désignées sous le nom de typhus abortif, « où la courbe de la température s'éloignant du type normal « tombe tout d'un coup, les malades peuvent perdre jusqu'au « 15e de leur poids en un jour. »

Bien que les observations de M. Thaon ne portent que sur des enfants d'un certain âge, on peut voir qu'elles n'en sont pas moins très-concluantes, au point de vue qui nous occupe.

---

(1) Thaon. *Du poids dans les maladies chez les enfants. Arch. de phys. norm. et pathol.* Nov. et déc. 1872, p. 672.



Gravé par Delamare

nous faut ajouter à toutes les causes de dépérissement dont avons parlé celles qui sont dues à l'influence d'une tem-ure trop basse.

Bouchaud pense que cette influence de la température être considérée comme un des principaux obstacles à roissement du nouveau-né. Les travaux de M. Foisy, de épine et de M. Quinquaud confirment entièrement cette tion. Tous arrivent à cette conclusion qu'il existe un rap-constant entre le poids et la température. C'est ainsi que épine (1) a pu voir que les enfants qui gagnent du poids en moyenne une température de 36°,8, tandis que ceux qui erdent ont seulement 36°,6.

us n'avons pas eu l'intention d'énumérer ici toutes les es dont l'intervention peut apporter un obstacle à l'accrois-ent normal de l'enfant; nous avons seulement cherché à trer la relation intime qui existe entre ces deux phéno-es : *Ralentissement de l'accroissement et diminution du poids*, ontrant une fois de plus par l'énoncé de ce fait toute l'uti-u système des pesées.

gulièrement établies elles seront en effet, comme l'a très-dit M. le Dr Winckel, « le meilleur baromètre de la santé nouveau-né. »

PAUL SEGOND.

Lépine. *Sur la température des nouveau-nés. Mémoires de la Société de* ie, 1869.

EXPLICATION DE LA FIGURE CI-CONTRE.

s l'observation que nous donnons ici, nous avons toujours eu le soin d'ef-r les pesées à l'heure la plus éloignée de la dernière tétée, c'est-à-dire ment où l'estomac et les intestins sont à peu près vides.

s nous sommes servi d'une balance ordinaire. L'enfant était placé sur la e dans un petit berceau pesé à l'avance, dont nous défalquions le poids chaque pesée.

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

DE L'ATREPSIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr Parrot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

(4e article.)

Du cri. — Rien ne peut donner une meilleure idée de l'état de souffrance profonde dans lequel se trouve le malheureux enfant atrepsié que le cri qu'il pousse; c'est un véritable *cri de détresse.* Les auteurs ne s'y sont pourtant pas arrêtés. Le cri est la première manifestation de la vie; car c'est le seul moyen d'expression dont dispose le nouveau-né, quand la naissance le jette dans un nouveau milieu, où il souffre tout d'abord. Chez les animaux, le cri persiste et devient une fonction d'ordre génésique; mais chez l'homme, il est remplacé par la parole, et il ne persiste que dans les circonstances qui ne permettent pas d'autre moyen d'expression, quand, par exemple, une vive émotion nous surprend à l'improviste. Chez l'enfant, le cri a un caractère spécial à l'état physiologique. Mais dans l'atrepsie il se modifie peu à peu; au début, il s'atténue et devient languissant; il prend un timbre particulier. C'est une plainte aussi douloureuse que possible que l'enfant fait entendre quelquefois pendant des heures de suite ou à intervalles intermittents. Cette plainte est l'expression d'une souffrance profonde toute particulière, souffrance de l'organisme tout entier, de chaque molécule vivante. Quand ce cri spécial s'est fait entendre, l'enfant est condamné. A mesure que la vie baisse, le cri devient plus faible; il s'éteint quelque temps avant la mort.

Encéphalopathie atrepsique. — Les phénomènes que nous allons étudier sont plus rares, mais plus graves que les précédents. Lors-

(1) Leçons recueillies par M. le Dr Schwartz et publiées dans la *France médicale.* Voir t. II, pages 53, 133 et 224.

que les enfants ne crient plus, que le muguet a envahi la cavité buccale, il est bien rare qu'à ce moment on ne voie pas survenir un ensemble de phénomènes encéphalopathiques. Ces symptômes nerveux sont de deux ordres : c'est, par ordre de fréquence, soit du coma, soit des convulsions. Ces désordres peuvent se combiner de diverses manières.

C'est le coma qu'on observe dans l'immense majorité des cas. Il n'est pas signalé par les auteurs ; c'est à peine si on en trouve une mention dans la thèse de Bouchaud, qui divise la marche des affections des nouveau-nés dues à la mauvaise alimentation en quatre périodes, dont la dernière est désignée par lui sous le nom de période léthargique. Pourquoi le coma des atrepsiés est-il passé ainsi inaperçu ? Parce que le coma est un phénomène à moitié subjectif; on l'a confondu avec le sommeil. Tout d'abord le coma est très-léger et difficile à distinguer du sommeil. Dans le coma pourtant, il y a obtusion ou abolition des facultés sensorielles. Pour le différencier du sommeil, il faut donc exciter les sens de l'enfant. Il est bien difficile d'exciter la vue ou l'ouïe d'un nouveau-né, même bien portant ; c'est donc à la peau qu'il faut s'adresser. Il faut piquer, pincer l'enfant ; s'il dort, il grimace, s'agite et crie vigoureusement ; quand, au contraire, le cri est faible, la grimace à peine accentuée, les mouvements lents et peu marqués, c'est que l'enfant est dans le coma. L'état de la pupille doit être examiné. Quand l'enfant dort, la pupille est contractée ; cette atrésie pupillaire est un des phénomènes les plus caractéristiques du sommeil. Mais sitôt que l'enfant est réveillé, sa pupille se dilate beaucoup ; dans le coma, cette dilatation ne se produit pas. Une fois établi, le coma ne cesse plus ou ne cesse que d'une façon très-brève.

Les phénomènes convulsifs sont bien moins fréquents que le coma, auquel peu d'enfants atrepsiés échappent. Ces convulsions sont peu marquées, frustes, partielles. Elles sont surtout toniques. Parmi les premiers et les plus fréquents de ces phénomènes, se trouve le strabisme, presque aussi fréquent que le coma. Une fois apparu, le strabisme ne cesse pas; il est divergent et les globes oculaires sont convulsés en haut. Ce qui caractérise les mouvements convulsifs de l'atrepsie, c'est qu'ils sont épileptiques. Or, ce qui donne à une convulsion le caractère épileptique, c'est la dilatation pupillaire se produisant au début de l'attaque. Eh bien, ce phénomène apparaît toujours chez l'atrepsié, et quel-

quefois l'attaque convulsive est bornée à cette simple dilatation pupillaire avec mouvements d'abaissement et d'élévation des paupières. Ce sont ces convulsions seulement qu'on doit appeler convulsions internes. Quand l'attaque est plus franchement dessinée, on note une certaine tension des muscles du corps. D'autres fois la face se contracte, et il se produit un petit grimacement, une sorte de rire sardonique par accentuation du pli naso-labial ; on observe en même temps des mouvements de la bouche et de la langue. A un troisième degré, les membres sont agités de petits mouvements saccadés, de petites secousses qui interrompent la convulsion tonique générale. Mais c'est là tout ; c'est là la manifestation la plus éclatante de l'éclampsie atrepsique. Jamais on n'observe de coma ou de stertor consécutif, comme chez l'adulte ; ici tout est effacé. Aussi ces phénomènes convulsifs passent-ils souvent inaperçus. Il est rare qu'ils terminent la scène ; c'est ordinairement le coma qui est le phénomène ultime.

Tétanos des nouveau-nés (trismus, mal des mâchoires). — Cette affection a été de tout temps indiquée par les auteurs ; ils l'ont donnée comme un tétanos épidémique dans les pays intertropicaux ; mais on l'observe partout, dans les pays froids comme la Norvége, et tempérés comme la France. Pour M. Parrot, il ne s'agit pas ici d'un véritable tétanos. Matuzinski, qui en 1834 a décrit cette affection dans la *Gazette des hôpitaux*, insiste sur ce fait que le tétanos des nouveau-nés est accompagné de diarrhée, de troubles digestifs constants, d'agitation à laquelle succède le coma, d'abaissement de la température, du nombre des pulsations et des mouvements respiratoires ; les enfants deviennent bleuâtres, maigrissent, etc. ; en un mot, il décrit, en même temps que l'affection convulsive, une infinité de traits qui se rapportent à l'atrepsie. C'est qu'en effet, le prétendu tétanos des nouveau-nés n'est autre chose que la convulsion atrepsique. Les conditions étiologiques sont les mêmes. Ce qui a fait qualifier de tétanos ces phénomènes convulsifs, c'est leur qualité surtout tonique. En outre, la consistance ligneuse du corps des enfants atrepsiés en a imposé ; ces enfants sont raides comme un animal forcé et toute convulsion clonique est impossible. Existe-t-il chez le nouveau-né un vrai tétanos ? C'est possible, mais M. Parrot n'en a jamais vu de cas. Il faut donc aujourd'hui rayer le tétanos de la pathologie des nouveau-nés, du moins avec l'acception où ce mot a été pris jusqu'ici.

Quelles modifications offrent, dans l'atrepsie, le pouls, la température, la respiration et le poids?

Respiration. — Le nouveau-né à l'état de calme, éveillé, exécute normalement 50 mouvements respiratoires par minute en moyenne. Dans l'atrepsie le trouble respiratoire le plus ordinaire et le plus important est la dyspnée, dyspnée remarquable moins par le nombre que par la profondeur des inspirations. Le nombre en est variable, ordinairement il ne dépasse pas 50; quelquefois il descend au-dessous de ce chiffre pour le dépasser alternativement, oscillant ainsi autour du nombre normal; dans certains cas rares on a observé 104 respirations par minute. Enfin, le nombre des respirations peut s'abaisser, mais toujours lentement; dans les dernières heures il diminue beaucoup et peut tomber au moment de l'agonie à 10,5 et même 1 par minute. Ce qui est remarquable, avons-nous dit, c'est l'ampleur de ces respirations. Les enfants soulèvent leur thorax violemment et à l'auscultation on entend un type de respiration puérile aussi accentué que possible. Souvent à l'autopsie on trouve de l'emphysème; et cette ampleur des inspirations peut même amener à la fin des déformations énormes du thorax, un aplatissement considérable de la région sternale qui s'enfonce et va à la rencontre de la colonne vertébrale. Cette dyspnée précède ou accompagne les phénomènes encéphalopathiques. A quoi tient-elle? Le poumon est sain, la poitrine se dilate bien; elle ne reconnaît donc pas une cause mécanique. Cependant comme toutes les dyspnées, elle est provoquée par un besoin du sang qui manque d'oxygène; la dyspnée n'est jamais, en effet, pour ainsi dire, que le cri du sang. Or, chez l'atrepsié, la quantité du sang est minime; le sang épaissi circule lentement et les globules viennent difficilement en contact avec l'oxygène.

Circulation. — A l'état normal, le cœur a 140 pulsations en moyenne à la minute. Au début de l'atrepsie les battements cardiaques sont presque toujours accélérés: ils peuvent atteindre 190, mais M. Parrot n'en a jamais compté davantage. Bientôt le pouls retombe au-dessous de la moyenne physiologique; la règle est qu'il baisse très-rapidement; mais il ne perd pas ordinairement sa régularité. Les battements deviennent très-faibles. A la fin la diminution du nombre des pulsations est fort brusque.

Température. — La température normale du nouveau-né est +37°,+37,2. Dans quelques cas, elle dépasse passagèrement la moyenne et M. Bouchaud a noté dans un cas une température de +40°, M. Parrot une de +39,9. Il faut expliquer ces hautes températures et par l'état d'embonpoint relatif que présentaient ces enfants et qui leur permettait de fournir une grande quantité de combustible. La plus basse température observée a été de +25,9, chez de purs atrepsiés, en dehors de toute complication bien entendu.

Nutrition. — A l'état physiologique le nouveau-né pèse 3 kilogrammes. M. Bouchaud a divisé la marche de l'inanition en quatre périodes caractérisées par le montant des pertes subies par l'organisme.

Dans une 1re période (inanition latente), l'enfant perd 1/10e de son poids.

Dans une 2e période (amaigrissement), l'enfant perd 2/6e de son poids.

Dans une 3e période (agitation), l'enfant perd un 1/4e de son poids.

Dans une 4e période (léthargie), l'enfant perd 1/3e de son poids.

Mais il est difficile d'établir des chiffres exacts, parce que les nouveau-nés n'entrent à l'infirmerie de l'hospice que lorsqu'ils sont malades et qu'ils ont déjà perdu de leur poids. En quatorze jours, un enfant pesant 2123 grammes à son entrée et n'en pesant plus que 1645 grammes à la fin, avait perdu 478 grammes. Un second, pesant 1930 grammes à son entrée et 1820 à sa mort, avait perdu 110 grammes. Mais on voit que le premier avait plus à perdre, puisqu'il pesait davantage au début de l'atrepsie. Un fait général, c'est que la diminution du poids est graduelle sans oscillations.

En somme, le fait capital, c'est qu'à part quelques oscillations, la respiration, le pouls, la température et le poids s'abaissent considérablement dans l'atrepsie et d'une façon parallèle.

Complications. — On observe deux ordres de complications dans l'atrepsie : 1° des inflammations, telles que la pneumonie, la péricardite, la péritonite, la pleurésie, l'érysipèle, les abcès ; 2° l'œdème des nouveau-nés.

La pneumonie est très-fréquente; mais elle évolue en modifiant à peine l'état de l'enfant. Jamais le thermomètre ne marque plus de + 39°. Dans un cas de pleurésie et de péricardite, le thermomètre marquait + 32° la veille de la mort. La maladie principale ne permet pas à la maladie secondaire de se manifester par ses symptômes ordinaires. Tout ce qu'on observe, c'est que le poids décroît peut-être un peu plus rapidement, la température et le pouls un peu moins vite.

L'œdème s'observe chez un très-grand nombre d'atrepsiés. L'œdème abaisse considérablement la température, la respiration et la circulation. M. Parrot a trouvé dans un cas + 24°,8 et 52 pulsations, dans un autre, + 23°,6 et 52 pulsations le jour de sa mort, mais plusieurs heures avant. La ligne du poids baisse au contraire fort peu. Ces faits se rapportent aux nouveau-nés et aux avortons. Mais il existe chez les enfants d'un âge plus avancé, de 2 mois à 1 an, une affection caractérisée comme l'atrepsie par des vomissements, de la diarrhée, de la sécheresse de la bouche, de l'injection conjonctivale, des ulcérations semblables et les mêmes lésions cadavériques: c'est le choléra infantile. C'est la même maladie à un âge différent. L'étiologie et l'anatomie pathologique sont identiques, mais il y a dans l'atrepsie et le choléra infantile une immense différence dans les phénomènes circulatoires et thermométriques. Tandis que chez les atrepsiés la courbe du pouls et de la température se tient au-dessous de la ligne normale; dans le choléra infantile, cette courbe se tient au-dessus. Au moment de la mort chez les atrepsiés, la courbe continue à baisser graduellement; elle est continue. Dans le choléra infantile, au contraire, la température baisse brusquement, au moment de la mort, la courbe est rompue et forme un angle à sommet supérieur.

Quelle conclusion à tirer de ce fait? c'est que les enfants de 2 mois à 1 an qui meurent avec + 39° font de la chaleur et ne subissent que peu l'influence de la température extérieure; mais sitôt morts, ils rentrent dans la condition des corps inertes qui tendent à se mettre en équilibre de température avec le milieu ambiant. Mais l'atrepsié qui, pendant la vie déjà, est à une température inférieure à la normale, subit déjà l'influence de la température extérieure, comme les animaux à sang froid; après la mort, il continue à la subir.

Anatomie pathologique de l'atrepsie. — Les autopsies des enfants atrepsiés doivent être faites de bonne heure, car la décomposition putride est précoce à cause de l'âge des sujets et de la nature même de leur maladie.

Lésions du tube digestif. — Ces lésions sont les plus importantes.

Le *muguet* a des localisations multiples dans le tube digestif, mais les opinions sont partagées à ce propos et les auteurs ne sont pas d'accord sur les différents siéges qu'il peut y occuper. C'est ainsi que Guersant croyait que le muguet pouvait envahir tous les départements des voies digestives, tandis que d'autres observateurs, Trousseau et Niemeyer, ne pensent pas qu'il puisse dépasser le cardia. Selon M. Parrot, les points où il se développe le plus souvent sont, par ordre de fréquence, la bouche, le pharynx (les gouttières pharyngiennes), l'estomac et l'intestin. Mais le tube digestif n'est pas le seul appareil où se rencontre le muguet ; on peut encore le trouver dans les voies respiratoires.

Dans le pharynx, la disposition du parasite est identique à celle que l'on constate dans la cavité buccale ; l'adhérence du muguet y est aussi la même. Au niveau des plaques de muguet la muqueuse est rouge, quelquefois très-superficiellement érodée, mais sans ulcérations ; le derme n'est pas entamé. Il est très-rare, en effet, exceptionnel même, que dans la bouche et le pharynx le muguet dépasse la couche profonde de Malpighi.

Dans l'*œsophage*, le muguet peut occuper toute l'étendue de ce canal ; mais c'est surtout à la partie inférieure qu'il se rencontre ordinairement ; il cesse alors à 1 centimètre 1/2 environ au-dessus du cardia. Il affecte dans cette région une disposition particulière : tantôt il forme de petites colonnes parallèles à l'axe de l'œsophage, tantôt de véritables feuillets que l'on distingue facilement en les faisant flotter sous l'eau. Cette disposition tient au développement exubérant du parasite et aux plis longitudinaux de la muqueuse œsophagienne qui rappelle à ce niveau, par son aspect, l'écorce de certains arbres, de l'érable en particulier. Le muguet n'est plus blanc dans l'œsophage ; il revêt en général une teinte jaunâtre, d'un gris sale, et même brune, due au contact, au mélange des aliments ingérés, et surtout des matières que rejette l'estomac et qui restent dans les replis de l'œsophage : la bile et le mucus chargé de particules noirâtres imbi-

bent les plaques du muguet. Aussi est-il nécessaire, pour le reconnaître, de laver l'œsophage avec un filet d'eau assez fort, qui enlève toutes ces matières et laisse l'oïdium.

Quelles sont les relations du champignon avec la muqueuse œsophagienne? Wagner, qui les a bien étudiées, a vu que la muqueuse sous-jacente a une teinte rouge, violacée, trahissant un travail irritatif. Toutefois on ne constate pas une pénétration bien profonde du parasite dans les tissus. L'épithélium seul est atteint; c'est dans la couche moyenne que s'accumule le muguet, couche qu'il détruit ordinairement.

Cependant, lorsque la lésion est ancienne, le derme peut être envahi et Wagner dit avoir trouvé des filaments jusque dans les couches les plus superficielles du chorion; il prétend même avoir pu suivre les tubes du muguet jusque dans les vaisseaux où ils détermineraient des coagulations. Cet auteur croit qu'il peut en résulter des embolies consécutives et que même des germes pourraient être transportés au loin par la circulation; on en aurait trouvé dans un cas jusque dans l'encéphale. Mais M. Parrot refuse toute valeur à cette observation; il ne croit guère à la pénétration des vaisseaux par les tubes et les spores et par suite ne peut admettre leur propagation dans des organes éloignés. On a trouvé quelquefois en même temps des érosions œsophagiennes.

Peu d'auteurs ont vu le muguet se développer dans l'*estomac*; sa présence y a même été niée. M. Lélut en rapporte trois observations, dont une seule est bien authentique. Billard en a donné également des observations qui ne sont pas certaines; ces auteurs, en effet, regardaient le muguet comme une fausse membrane de nature inflammatoire. Ce qui manque à leur description, c'est la vérification par le microscope.

D'après M. Parrot, le muguet n'est pas rare dans l'estomac. En 1869, il a observé un cas type de muguet gastrique; depuis, il en a observé beaucoup, de 30 à 35 à peu près. Le muguet siége surtout à la face postérieure de l'estomac et au voisinage de la grande courbure, plus rapproché de la grosse tubérosité et du cardia que du pylore. Il se présente sous l'aspect d'une infinité de petites masses saillantes, sphéroïdales de 1/2 à 1 1/2 millimètre de diamètre, de couleur brunâtre ou jaunâtre, déprimées à leur centre en forme de cupule rappelant les godets du favus. L'adhérence de ces petites masses avec la muqueuse est considérable;

il est impossible de les détacher avec des pinces sans entraîner des fragments de la muqueuse. Le muguet est donc implanté dans la muqueuse gastrique comme un arbre; quelquefois la loupe est nécessaire pour reconnaître les petites éminences quand elles sont isolées; alors elles n'ont pas encore la forme de cupules, elles sont simplement acuminées. La forme en godets ne se montre qu'à une période plus avancée. Quelquefois ces éminences se réunissent et forment des surfaces continues. Par la pression, on en fait sourdre une matière puriforme composée d'épithélium, de graisse et de tubes de muguet.

On observe quelquefois, en même temps, des ulcérations profondes et très-étendues. M. Parrot se demande si ces ulcérations ne résulteraient pas du ramollissement des masses de muguet, ramollissement débutant par leur centre. Durcies par l'acide chromique et non colorées, les pièces présentent, sur des coupes perpendiculaires à la surface de l'organe, les détails suivants (ces coupes permettent de voir toutes les tuniques de l'estomac étagées les unes au-dessus des autres) : l'épithélium cylindrique a complètement disparu, la couche glandulaire elle-même est détruite, surtout aux points ombiliqués; on ne trouve pas les éléments du muguet dans les glandes; c'est dans les espaces interglandulaires seuls que s'implante et pousse le parasite contrairement à ce qu'a dit M. Gubler à propos du muguet buccal. Le muguet peut pénétrer dans la couche musculaire sous-glandulaire et même on l'a vu dans la tunique cellulaire sous-jacente. Jusqu'ici M. Parrot ne l'a jamais vu envahir la couche musculaire proprement dite, probablement parce que les malades succombent avant que la lésion soit assez ancienne.

Les éléments de la muqueuse interposés aux tubes du muguet subissent la dégénérescence granulo-graisseuse. Jamais M. Parrot n'a vu de prolifération nette de ces éléments. Le muguet ne détermine donc pas par sa présence une irritation assez vive; il n'y a pas d'inflammation proprement dite.

Dans l'*intestin*, le muguet est excessivement rare ; nous n'en avons qu'un petit nombre d'observations et encore leur manque-t-il la confirmation de l'examen microscopique. M. Parrot en a vu deux cas : on voyait des plaques noires et étendues de 1 à 15 millimètres de longueur, résistant en partie au raclage ; elles occupaient la première partie du côlon. Le microscope a démontré leur nature parasitaire. L'implantation du muguet était sem-

blable à ce qu'elle est dans l'estomac. Mais dans l'intestin le parasite produit une légère irritation de la muqueuse, car on constate une prolifération des cellules plasmatiques de cette membrane. Ce n'est que dans le cæcum et la première partie du côlon qu'on rencontre le muguet; et c'est, selon M. Parrot, à l'acidité particulière du contenu de cette portion du tube digestif (acides acétique et butyrique) et au séjour plus prolongé qu'y font les matières fécales qu'il faut attribuer cette localisation particulière.

M. Bouchut a indiqué la présence du muguet à l'anus; mais les petites masses blanches qu'on observe dans les plis de l'anus sont non pas du muguet, mais simplement de l'épithélium mêlé à des matières fécales. Le muguet anal n'existe pas.

On peut encore trouver du muguet dans les *voies respiratoires*, bien que beaucoup d'auteurs aient nié ce fait. M. Lélut l'a observé à la région glottique sur les cordes vocales inférieures et il affirme qu'il ne peut se montrer que là. M. Parrot n'a jamais vu le muguet dans les fosses nasales même chez les enfants affectés de bec-de-lièvre, de gueule-de-loup; cela tient à la différence de constitution des deux muqueuses. Le muguet s'arrête juste à la limite des deux membranes. De même, on ne constate jamais la présence du muguet à la face antérieure de l'épiglotte. On ne l'observe jamais en d'autres points du larynx qu'au niveau de la glotte entre les cornes des cartilages aryténoïdes, dans les points où l'épithélium est pavimenteux et dépourvu de cils vibratils. C'est là seulement qu'il s'implante et qu'il végète; il peut être transporté dans la trachée ou les bronches, mais il n'y adhère jamais. Sur les cordes vocales, le muguet se présente sous la forme de deux ou trois petits mamelons blancs de 2 à 3 millimètres d'épaisseur.

Le muguet peut également végéter dans les alvéoles pulmonaires, parce que là aussi l'épithélium est pavimenteux. Ainsi, les cordes vocales et les alvéoles pulmonaires sont les deux seuls points où puisse se fixer le muguet. Dans toutes les autres régions de l'appareil respiratoire les cils vibratils le chassent et l'empêchent de prendre racine.

M. Gubler dit bien l'avoir trouvé dans la trachée et les bronches; mais son erreur vient de ce qu'il a confondu le muguet qui végète avec le muguet entraîné accidentellement loin de son point d'implantation.

Le muguet voyageur est sans importance; il peut se trouver partout. On ne doit appeler muguet d'un organe que celui qui pousse et végète sur cet organe.

Autres lésions de l'estomac dans l'atrepsie. — On peut rencontrer dans l'estomac des ecchymoses, des rougeurs, de la dégénérescence graisseuse des glandes et des vaisseaux; mais ces lésions sont peu importantes et n'offrent rien de particulier. Les ulcérations sont très-fréquentes et beaucoup plus intéressantes. Avant d'étudier ces ulcérations, il faut bien connaître les particularités cadavériques que l'estomac peut offrir. L'étude des lésions cadavériques de tout viscère doit toujours être faite si l'on veut en bien comprendre l'anatomie pathologique; cette étude est essentielle pour l'estomac. Ainsi on a décrit, sous le nom de ramollissement gélatiniforme de la muqueuse gastrique, une altération de cette muqueuse que Cruveilhier et Rokitansky ont considérée comme pathologique, tandis que Virchow, Hunter, Oppolzer et Trousseau en ont soutenu la nature cadavérique. Rilliet et Barthez, adoptant une opinion mixte, ont considéré le ramollissement stomacal comme tantôt pathologique et tantôt cadavérique. Pour d'autres auteurs enfin, ce serait une lésion cadavérique exagérant un état pathologique. Mais aujourd'hui la question est tranchée.

C'est toujours une altération cadavérique. En effet, le ramollissement siége toujours dans les parties déclives, dans la grosse tubérosité de l'estomac baigné par les matières alimentaires; il n'existe jamais quand l'estomac ne contient pas d'aliments. On trouve, après avoir enlevé ces aliments, une sorte de solution de gomme épaisse, très-compacte, transparente, qui laisse à découvert, quand on l'enlève, une membrane blanche, fibreuse, d'un éclat nacré représentant la tunique celluleuse; les tuniques internes ont été détruites. Si on examine les limites de la lésion, on voit qu'elles sont très-nettes, très-brusques, très-tranchées, jamais on ne constate d'aréole inflammatoire; on perçoit en ces points une odeur acide évidente; quelquefois, par transsudation, le suc gastrique a été altérer la substance du rein, de la rate, de l'épiploon, du diaphragme, du poumon, et de la même façon que la muqueuse gastrique; ces organes ont subi une véritable digestion. On ne trouve pas de péritonite. Le ramollissement stomacal ne se rencontre que chez les sujets que la mort a surs en pleine digestion.

Existe-t-il un ramollissement vrai, pathologique de l'estomac analogue au ramollissement non inflammatoire de l'encéphale? Non. La muqueuse gastrique peut subir un ramollissement léger, mais seulement lorsqu'elle est enflammée.

(*A suivre.*)

REVUE CLINIQUE

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. BOURDON.

ÉCLAMPSIE TRAITÉE PAR LE CHLORAL. — GUÉRISON.

Observation recueillie par M. **Hutinel**, interne des hôpitaux de Paris.

La nommée L...., âgée de 22 ans, exerçant la profession de domestique, entra le 25 janvier 1874, à la Charité, dans le service de M. BOURDON.

Cette jeune fille, assez forte en apparence, s'enrhume facilement, et l'on trouve dans ses antécédents plusieurs manifestations scrofuleuses. Elle est nerveuse, mais n'a jamais eu d'attaques. Sa mère, qui est morte phthisique après avoir eu onze enfants, aurait eu, lors de ses deux premiers accouchements, des attaques d'éclampsie. Bien réglée depuis l'âge de 15 ans, la malade devint enceinte il y a six mois et demi, et sa grossesse se passa très-bien jusqu'au jour qui précéda l'entrée à l'hôpital.

Le samedi 24 janvier, à la suite d'une contrariété et d'une émotion violente produite par la vue d'une attaque d'hystérie, cette fille éprouva des coliques, de l'agitation, des douleurs lombaires, et passa la nuit sans pouvoir dormir. Le lendemain matin, elle put se lever pour annoncer à ses maîtres qu'elle était malade, puis, elle rentra chez elle. Depuis ce moment elle perdit toute notion de ce qui lui arriva.

Vers midi, on l'apporte à l'hôpital, et on apprend des personnes qui la conduisent qu'elle a eu des attaques violentes,

que, dans l'intervalle, elle est accouchée d'un enfant de six mois et demi, encore vivant, et qu'elle a perdu beaucoup de sang. On a été témoin de deux attaques avant l'accouchement, et depuis ce moment, il y en a encore eu deux autres très-violentes. La malade est dans l'état suivant :

La face est rouge, violacée, les yeux sont fermés, la bouche entr'ouverte laisse voir la langue saignante, gonflée et bleuâtre; il coule par les commissures, de la salive sanguinolente. La respiration est haute, un peu stertoreuse. La peau n'est pas très-chaude; le pouls est fréquent et petit. Les membres sont dans la résolution, il est difficile de provoquer un mouvement, et on ne peut tirer la malade de sa torpeur qui rappelle tout à fait la période comateuse consécutive aux attaques d'épilepsie.

Comme la perte de sang a été abondante, on se décide à employer le chloral de préférence à la saignée : mais, au moment où l'on se dispose à administrer ce médicament, la malade est prise d'une attaque convulsive violente avec contracture des membres, pâleur, puis rougeur violacée de la face, qui dure environ cinq ou six minutes, ensuite, elle retombe dans le coma. Immédiatement, on donne 4 grammes d'hydrate de chloral en lavement. La respiration se régularise. Au bout d'un quart d'heure, on administre par la bouche 1 gramme de chloral en solution; comme de faibles mouvements convulsifs se montrent dans les membres, on donne encore par la bouche 2 grammes de chloral en deux fois à un quart d'heure d'intervalle, puis on continue le médicament à la dose d'un gramme d'heure en heure. La respiration est régulière, les traits sont moins altérés qu'au moment de l'entrée : la malade ouvre parfois les yeux, mais sans parler. Vers cinq heures et demie, on administre le 10e gramme de chloral, et on prescrit de cesser le médicament, pour ne le reprendre que dans le cas où il y aurait une forte agitation.

La nuit se passe tranquillement jusqu'à minuit. A ce moment il y a un peu d'agitation. On donne 1 gramme de chloral, et le calme se rétablit. Vers deux heures et demie, l'agitation reparaît; à trois heures elle est plus forte que jamais. La malade se lève, s'agite, frappe les infirmières qui veulent la contenir, et on ne parvient qu'avec peine à lui administrer deux cuillerées de

chloral. Alors elle se calme, on l'attache dans son lit, puis elle s'endort et passe le reste de la nuit dans un état parfait de tranquillité.

26 janvier. Le lendemain matin, elle est tranquille, mais fortement endormie; elle ressemble à une personne ivre. On la tire avec peine de sa torpeur, et alors elle prononce quelques mots.

Température 36,9. Pouls 104, un peu faible. Face un peu congestionnée; un peu de sang à l'entrée des fosses nasales. L'urine contient une faible proportion d'albumine et beaucoup de matières colorantes. L'utérus est bien revenu sur lui même.

A partir de ce moment, l'état général s'amende rapidement. Vers midi, la malade répond presque couramment aux questions qu'on lui fait. Elle est encore comme une personne ivre. Le soir, cet état d'ébriété persiste. Température 37,4. Pouls 100.

Le 27, les réponses sont assez nettes, mais le facies n'est pas encore normal; la malade est somnolente, et le regard est un peu égaré; la peau est fraîche, le pouls presque normal. Température 37,2. Pouls 90. Le soir, l'amélioration est très-manifeste.

Le 28, on trouve la malade assise sur son lit. Elle raconte les circonstances qui ont précédé son accouchement. Il lui semble qu'elle s'éveille d'un long sommeil. La température et le pouls sont normaux. Le soir, l'état général est parfait.

Le 29, la malade se trouve bien, mais elle accuse un peu de douleur dans les seins qui commencent à devenir durs. Le soir, la face est rouge, la peau chaude; les seins sont très-gonflés et très-sensibles, le ventre n'est nullement douloureux à la palpation; l'utérus est bien revenu sur lui-même et on ne trouve aucun signe d'inflammation de ce côté. Température 39,4; pouls 110.

Le 30, la fièvre est tombée. Température 37,2; pouls 90. Le lait coule abondamment, le ventre n'est nullement douloureux.

A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliore rapidement et le onzième jour après son entrée à l'hôpital, elle sort complètement guérie. (L'enfant était mort le 26 janvier.)

Quoique le chloral n'ait été administré, dans ce cas, qu'à la suite de l'accouchement, c'est-à-dire, à une période où il est

presque de règle de voir les attaques diminuer d'intensité et disparaître ; cependant, il était intéressant de constater la sédation rapide produite par l'administration de ce médicament. On pourra dire que dans cette observation l'hémorrhagie utérine a joué un rôle important et remplacé la saignée ; mais l'action du chloral a été incontestable pour toutes les personnes qui ont vu la violence des attaques, et le calme rapide qui succédait à l'ingestion du médicament. L'examen attentif des phénomènes a montré une fois de plus qu'il est peu dangereux d'aller jusqu'à des doses assez élevées (dans ce cas, on a donné 13 grammes dans l'espace de quinze heures). L'effet produit rappelle tout à fait ce que l'on observe dans la chloroformisation, mais la persistance des signes d'ébriété pendant près de deux jours, montre bien qu'en raison de sa transformation lente au sein de l'organisme, le chloral a une action plus prolongée, par conséquent plus efficace et certainement moins dangereuse que le chloroforme.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Valeur relative de la version céphalique et de la version pelvienne. — M. le professeur AUBENAS communique à la Société l'histoire bien intéressante d'une femme accouchée huit fois et chez laquelle l'enfant, toujours venu en présentation transversale, arriva *mort* chaque fois que l'on eut recours à la version pelvienne (4 fois), et vécut au contraire chaque fois que la version céphalique fut pratiquée (4 fois aussi). A ce propos, M. Aubenas se livre à quelques considérations pleines d'intérêt sur ce point d'obstétrique.

Voici le résumé de ces faits :

Le 7 octobre 1867, une femme des environs de Strasbourg, vint à la clinique d'accouchements de cette ville, à la manifestation des premières douleurs.

Elle était alors à sa quatrième grossesse. Elle raconta que, dans les trois premiers accouchements, la présentation avait été transversale et que la version pelvienne avait été pratiquée dans les trois cas. Chaque fois l'enfant succomba.

Dans ces trois premiers accouchements, les douleurs se suspendirent assez longtemps après l'écoulement des eaux, et durant l'extraction il y eut un temps d'arrêt prolongé causé par la tête.

Cette fois-ci (4e grossesse), la position est également transversale; la tête est à droite, le dos en avant, la dilatation complète, l'œuf encore intact, le coude est trouvé dans la poche des eaux.

La main droite est alors introduite dans la cavité utérine, le bras est refoulé, la main gauche fixe extérieurement la tête et la main droite saisissant la tête, la fixe (4e position).

Peu de temps après, des douleurs fortes et rapprochées surviennent et un enfant, du poids de 3250 grammes, est expulsé parfaitement vivant.

Le 7 décembre 1869, la femme se présente de nouveau à la Clinique d'accouchements, mais elle raconte qu'elle a accouché chez elle une fois (5e grossesse), l'enfant était encore placé en travers; on fit la version pelvienne, et l'enfant fut retiré mort.

Cette fois-ci (6e grossesse), la malade n'est enceinte que de 7 mois et demi. La dilatation est complète, tête à droite.

M. Aubenas pratique les mêmes manœuvres que dans la version céphalique précédente, et l'enfant, une fille, est expulsée vivante en première position.

Le 11 novembre 1873, elle revient à l'hôpital une troisième fois. Cette fois la tête est à gauche. M. Aubenas pratique la version externe; mais la position, restée un certain temps régulière, redevient transversale et la tête se porte à droite. Lorsque le col fut dilaté, la main droite de l'opérateur est introduite comme dans les deux cas précédents, le tronc est refoulé et la main fixe la tête au détroit supérieur; les douleurs s'arrêtent pendant plusieurs heures, mais enfin elles se réveillent et l'accouchement se termine par la présentation crânienne.

L'enfant, qui est un garçon, vit parfaitement et pèse 3,290 grammes.

Enfin, *le 18 décembre* 1873, elle revient enceinte pour la huitième fois, avec les mêmes particularités que précédemment, la tête est encore à droite.

Le 22 au soir, douleurs rares et faibles revenant la nuit; le 23, à sept heures du matin, rupture subite de la poche; la sage-femme pratique la version externe, et l'expulsion se fait seulement à 1 heure du matin en 4e position du crâne.

L'enfant, un garçon, est très-vivant, pèse 3,200 grammes.

M. Aubenas recherche si cette femme ne présentait pas une angustie pelvienne qui explique jusqu'à un certain point le temps d'arrêt qui a marqué chaque fois, et surtout au dernier accouchement,

l'engagement de la tête après la version céphalique et son extraction dans la version par les pieds.

Il trouva, en effet, qu'il y avait un léger rétrécissement antéro-postérieur d'un demi à 1 centimètre.

Voilà donc une femme qui, sur huit accouchements, a le bonheur d'obtenir un enfant vivant quatre fois, chaque fois que l'on a fait la version sur la tête, et qui, les quatre autres fois où l'on a pratiqué la version sur le pelvis, a la douleur de n'obtenir qu'un enfant privé de vie. On ne peut s'empêcher d'être frappé des résultats.

Est-ce à dire maintenant que si M. Aubenas avait pratiqué la version pelvienne dans les avantageuses conditions où la femme s'est présentée à lui à l'hôpital, il n'aurait pas aussi obtenu un enfant vivant? M. Aubenas ne voudrait pas nier que le résultat aurait pu être aussi heureux, mais il pense que la version céphalique présentait des chances de réussite très-supérieures et plus constantes.

La cause de l'insuccès des versions pelviennes chez cette femme a consisté dans l'absence des douleurs. En général, après l'écoulement des eaux la matrice ne se contractait pas suffisamment et ne secondait pas assez les efforts de l'accoucheur, tandis que, d'autre part, le léger rétrécissement antéro-postérieur rendait plus difficile le passage de la tête.

La version céphalique présente contre cet inconvénient un avantage important, c'est qu'elle permet d'attendre, à peu près sans danger pour le fœtus, que les contractions se réveillent.

M. Aubenas conclut, avec beaucoup d'auteurs compétents, que *chaque fois qu'on le peut*, on doit pratiquer la version sur la tête et à cet effet tâcher d'être à la disposition de la femme dès que le travail commence, puisqu'une fois que les eaux sont écoulées depuis un certain temps la version sur la tête devient à peu près impossible.

Quant à la chute du cordon ou à la présentation de quelque partie de la tête, ce n'est point une contre-indication, comme on l'a soutenu, de la version céphalique.

M. le Dr Fiessinger, durant sa pratique assez longue déjà à la campagne, a pu faire plusieurs observations de même catégorie que le cas de M. Aubenas. (*Séance du 5 mars 1874*, *Gaz. méd. de Strasbourg*.)

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

Hystéromètre porte-caustique. — M. Laroyenne présente un hystéromètre rendu porte-caustique par l'établissement de deux petites cuvettes à son extrémité.

Ces deux cuvettes sont remplies, comme celle du porte-caustique uréthral de Lallemand, de nitrate d'argent fondu. Cette sonde,

qui a la forme et les dimensions d'un hystéromètre d'un faible diamètre, peut toujours s'introduire avec facilité dans la cavité utérine, pour en modifier la surface interne, et la cautériser, comme il convient de le faire, dans la métrite chronique avec sécrétion catarrhale ou purulente.

Les crayons de nitrate d'argent mitigés ou non ne parviennent pas toujours, à cause de leur forme et de leur volume, à franchir l'orifice interne de la matrice, surtout si celle-ci présente une flexion prononcée à ce niveau.

L'hystéromètre porte-caustique permettra à l'agent modificateur, avec lequel il ne fait pour ainsi dire qu'un, de pénétrer sûrement et sans violence sur les points que l'on doit toucher; et ces points sont bien plus souvent la muqueuse du corps que celle du museau de tanche et de la cavité du col. Les mucosités abondantes qui s'écoulent de l'orifice utérin, pendant qu'on cautérise les ulcérations du col, suffiraient à démontrer combien doit être impuissant dans ces conditions le traitement de ces ulcérations dans les inflammations chroniques du corps de l'organe.

On enveloppe l'hystéromètre porte-caustique d'un tube de caoutchouc d'une longueur de 7 à 8 centimètres, pour préserver le nitrate d'argent des cuvettes et rendre l'instrument tout à fait portatif. Ce tube est de ceux qui servent de drain en chirurgie.

M. Marduel craint que, en franchissant l'orifice interne rétréci, le nitrate d'argent se recouvre de mucus, devienne inerte et que la cautérisation intra-utérine soit insuffisante. D'autre part, il demande à M. Laroyenne s'il n'y aurait pas un certain danger à cautériser la surface interne d'un utérus dont le col est rétréci. Il faudrait peut-être faire précéder la cautérisation d'une dilatation du col pour faciliter la sortie des mucosités produites par l'action du caustique.

M. Laroyenne. J'ai pu constater que le nitrate d'argent se dissout dans la cavité utérine en quelques minutes, et que les cuvettes se vident, par conséquent le caustique doit agir.

M. Marduel a bien raison de tenir compte du rétrécissement de l'orifice interne du col. Ce rétrécissement est en effet une cause fréquente d'insuccès dans le traitement de l'endométrite, c'est la source de presque toutes les douleurs dans les maladies intra-utérines. Lorsque les produits de la cavité utérine, caillots, mucosités, pus, s'écoulent facilement, les malades ne souffrent pas ; aussi disent-ils que leurs pertes les soulagent; mais lorsqu'ils ne trouvent point une issue et qu'ils s'accumulent dans l'intérieur de l'utérus, ils forment là comme une espèce de phlegmon intra-utérin, et c'est alors que les malades souffrent. La dilatation de l'orifice interne met fin à ces douleurs ; mais elle n'est pas toujours facile à pratiquer; le rétrécissement de cet orifice et parfois le coude formé par le col mettent obstacle à l'in-

troduction des éponges préparées et des tiges de laminaria, dont le calibre est ordinairement trop gros, et qui n'ont pas la courbure de l'hystéromètre. Je suis de l'avis de M. Marduel : il faut frayer un chemin aux mucosités ; mais l'introduction de l'hystéromètre porte-caustique produit déjà une certaine dilatation, et du reste la cautérisation est légère.

M. Boucaud. J'ai dernièrement pratiqué la cautérisation intra-utérine dans un cas particulier. C'était chez une femme de 31 ans, mariée depuis dix ans, mais n'ayant jamais eu qu'une fausse couche et pas de grossesse. Depuis un certain temps elle avait des pertes rouges abondantes, sujettes à de fréquentes répétitions, accompagnées de douleurs lombaires très-vives et de rétention d'urine. L'orifice externe du col était assez large pour admettre l'extrémité du doigt, mais l'orifice interne était rétréci. J'attendis que l'époque des règles fût passée, et après avoir dilaté l'orifice interne, j'introduisis dans la cavité utérine un crayon de nitrate mitigé. Cette application de caustique fut répétée une seconde fois et détermina bientôt l'expulsion de débris membraneux que l'on reconnut pour des fragments d'un polype intra-utérin de la grosseur d'une noix.

M. H. Mollière. Il s'agit peut-être de ces polypes utérins, décrits par M. Larcher, qui, aux époques menstruelles, font saillie hors du col et permettent au doigt de les reconnaître et qui plus tard rentrent dans la cavité utérine pour en sortir de nouveau à l'époque suivante, jusqu'à ce qu'ils soient expulsés ou extirpés.

M. Dron est étonné de la facilité avec laquelle on pratique maintenant la cautérisation et le cathétérisme intra-utérins, il demande à M. Laroyenne si ces manœuvres sont toujours bien innocentes. M. Dron craint qu'en suivant cette médication on n'ait à déplorer quelques accidents.

M. Laroyenne. Les craintes de M. Dron sont fondées ; on a cité plusieurs cas de mort à la suite d'injections caustiques intra-utérines, l'introduction d'un crayon de tannin a déterminé la mort, et dans une des salles de l'Hôtel-Dieu le simple cathétérisme de l'utérus a provoqué dans un cas des accidents mortels ; aussi ne faut-il pas sans motifs sérieux cautériser la cavité utérine. Cependant, si on se laissait aller à des craintes exagérées, on ne pourrait instituer aucun traitement efficace de l'endométrite, dont la guérison ne peut être obtenue que par la cautérisation directe de la muqueuse utérine, encore résiste-t-elle trop souvent à ce moyen énergique. M. Laroyenne se croit donc autorisé à employer ce mode de traitement. Les cautérisations intra-utérines qu'il a pratiquées tant en ville qu'à l'hôpital s'élèvent déjà à un chiffre considérable ; cependant à l'hôpital il n'a pas eu à déplorer d'autre accident que quelques crises d'hystérie quelques douleurs abdominales. En ville, dans un cas, à la suite,

d'une cautérisation légère, il est survenu une pelvi-péritonite terminée par un abcès du cul-de-sac rétro-utérin, qui s'est ouvert trente jours après l'opération.

M. DUPUY trouve que l'on abuse un peu du nitrate d'argent ; il lui préfère les autres caustiques, chlorure de zinc, nitrate de zinc, nitrate acide de mercure, dont l'action lui paraît plus rapide et qui surtout déterminent plus promptement la cicatrisation de la plaie consécutive à la suite de l'eschare. (*Comptes-rendus des séances de janvier* 1874. — *Lyon méd.*, n° 11, 1874.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Clinique obstétricale et gynécologique, par JAMES Y. SIMPSON, professeur d'accouchements à l'Université d'Edimbourg.

Simpson qui est mort, il y a quatre ans, ne nous a pas laissé de grand ouvrage, mais une série de travaux empreints d'une originalité vraiment remarquable. Simpson, que l'on doit placer parmi les praticiens les plus éminents de notre siècle, a abordé les sujets les plus divers de la science médicale. On sait que le célèbre professeur de l'Université d'Edimbourg eut, le premier, l'idée de substituer les inhalations du chloroforme aux inhalations d'éther, et que, le premier, il appliqua aux accouchements, l'anesthésie jusque-là réservée aux opérations chirurgicales. Les maladies des femmes et les accouchements ont plus particulièrement attiré son attention. Ce sont les travaux publiés, sur ces diverses parties, de 1840 à 1870, que son élève, M. Watt Black, eut l'idée de réunir en un seul volume.

Ces divers mémoires ont été publiés en Angleterre sans addition de notes et sans commentaires. M. Chantreuil, le traducteur, n'a pas jugé à propos d'imiter cette réserve de l'élève direct de Simpson et il y a ajouté un certain nombre de réflexions.

L'assemblage de ces divers mémoires forme un volume de 800 pages. Un assez grand nombre de figures ont été intercalées dans le texte. Nous commencerons par passer en revue les principaux sujets qui ont été étudiés par Simpson, puis nous chercherons à apprécier d'une façon générale l'œuvre de cet éminent praticien.

Le livre que nous allons analyser comprend six parties. Dans la première, l'auteur expose, un *programme de cours d'accouchements*. Cette partie, qui embrasse plus de 60 pages, n'est point une simple énumération des sujets que doit comprendre un cours d'accouchements, mais un programme avec notes, présentées sous forme aphoristique, en vue de saisir plus vivement l'esprit.

La seconde partie renferme les travaux qui ont trait à la *grossesse*. Simpson, recherchant quelle en est la durée dans l'espèce humaine, pense, avec la plupart des accoucheurs anglais et allemands, que le terme de la grossesse ne présente pas la fixité que certains accoucheurs français ont admise. Il croit cependant que ce terme est ordinairement de 274 à 280 jours.

La troisième partie est consacrée à l'*étude du fœtus et de ses annexes*. L'auteur étudie avec détails la *péritonite intra-utérine du fœtus*, dont l'étiologie est si obscure et dont le diagnostic présente des difficultés presque insurmontables. Puis, après avoir décrit le *goître intra-utérin*, il s'occupe de la *reproduction rudimentaire des extrémités après leur amputation spontanée*, et pense que les petits appendices mamelonnés, souvent pourvus d'ongles, que l'on rencontre sur la surface des moignons ayant subi une amputation spontanée dans l'utérus sont dus à une tendance naturelle à la reproduction de l'extrémité disparue, comme cela s'observe chez certains êtres inférieurs, tels que les polypes, les hydres, etc... Plus loin, il étudie la *contraction des artères et des veines ombilicales*, *la phthisie placentaire comme cause intra-utérine de mort chez les enfants avant terme*, *les hémorrhagies placentaires*. Nous trouvons dans cette partie le résultat des recherches de l'auteur sur l'anatomie pathologique du placenta.

La quatrième partie comprend différents travaux sur la *parturition*. Pour l'auteur, la cause déterminante de la parturition est le décollement des membranes et du placenta. Ce décollement serait le résultat de la dégénérescence avancée de la caduque vers le terme de la gestation. Dans un autre travail, il étudie l'*influence du système nerveux sur les contractions de l'utérus*, il admet que l'encéphale et la moelle ont une action très-peu marquée sur ces contractions, tandis que le pouvoir excito-moteur appartient plus particulièrement au système ganglionnaire.

Après avoir passé rapidement en revue *la fréquence des fissures et des déchirures du périnée et du col utérin pendant l'accouchement*, *les tumeurs fibreuses compliquant le travail de l'accouchement et les rétrécissements du bassin*, il consacre plus de cent pages à l'*insertion vicieuse du placenta*. Dans ce cas, il conseille de décoller le placenta et de l'extraire avant l'enfant. Cette pratique, qui donne d'assez bons résultats au point de vue de la mère, en ce qu'elle arrête toujours l'hémorrhagie, a malheureusement pour conséquence presque inévitable la mort de l'enfant, due à l'arrêt de la circulation placentaire. Simpson appuie cette manière de voir sur 141 cas d'expulsion spontanée ou provoquée et dans lesquelles l'hémorrhagie fut arrêtée ou diminuée au point de ne plus être dangereuse pour la mère. Cette pratique n'a point été sanctionnée en France, et la plupart des accoucheurs lui préfèrent l'application du tampon vaginal et l'évacuation rapide de l'utérus.

Dans un autre Mémoire il étudie le *sexe de l'enfant comme cause de difficulté et de danger pendant la parturition*. Il arrive à cette conclusion : que le travail est plus difficile et la mortalité plus élevée chez les femmes qui accouchent d'un garçon que chez celles qui accouchent d'une fille, et que les enfants mort-nés ou présentant des accidents résultant de la parturition sont bien plus souvent des garçons que de filles.

Un Mémoire important est celui qui est relatif à l'*emploi de la version dans les rétrécissements du bassin*. L'auteur, comme on le sait, préfère dans ce cas la version à la crâniotomie et à l'emploi du forceps. Mais cette pratique n'a point été admise par la plupart des accoucheurs français.

La cinquième partie est consacrée à l'*état puerpéral*. L'auteur parlant de la fièvre puerpérale admet la contagiosité de la maladie ; il croit que l'affection se propage par l'intermédiaire des personnes qui se trouvent en contact avec les femmes accouchées et non directement d'une femme à une autre. Pour Simpson la fièvre puerpérale est l'analogue de la fièvre chirurgicale.

De courtes notes sont ensuite consacrées à l'*artérite et aux obstructions artérielles dans l'état puerpéral*, *au tétanos consécutif aux lésions de l'utérus dans l'avortement et dans l'accouchement*, *à l'involution de l'utérus après l'accouchement*.

Dans la dernière partie de l'ouvrage sont compris les travaux qui ont trait aux *maladies non puerpérales de la femme*. Cette partie contient un intéressant mémoire sur *la sonde utérine*. Tout le monde sait aujourd'hui que Simpson fut un des plus zélés défenseurs de la méthode qui consiste à introduire une sonde dans la cavité de l'utérus, dans le but d'arriver au diagnostic des diverses affections de la matrice. Simpson a même inventé une sonde qui porte son nom et qui présente une courbure beaucoup plus considérable que l'hystéromètrie d'Huguier qui est généralement en usage en France.

Après de courtes notes consacrées aux *pessaires médicamenteux*, à l'*application du nitrate d'argent solide à l'intérieur de l'utérus dans la ménorrhagie*, à la *nature de la membrane parfois expulsée dans la dysménorrhée*, à la *dilatation et à l'inversion du col utérin dans les cas de dysménorrhée par obstruction*, Simpson étudie avec détails *la rétroversion de l'utérus non gravide*. Dans ce cas de déplacement, il employait le redresseur intra-utérin qui porte son nom. L'emploi de cet instrument un peu modifié fut essayé en France, avec quelque succès, par Valleix. Malgré cela, son usage fut condamné dans un rapport fait à l'Académie de médecine par M. Depaul. La discussion qui eut lieu à ce sujet fut animée. Il en est ressorti cependant cette conclusion : que l'usage du redresseur ne doit pas être proscrit d'une façon aussi complète que le voulait le rapport par trop exclusif de M. Depaul.

Dans cette dernière partie de l'ouvrage, nous trouvons encore plusieurs Mémoires intéressants.

Pour ne nommer que les principaux, nous citerons ceux qui concernent le *traitement de l'inversion chronique de l'utérus*, *les terminaisons les plus communes et le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus*.

Un travail important est relatif aux *polypes de l'utérus*. L'auteur y discute les avantages de l'excision sur la ligature. Il nous fournit aussi des notions assez complètes sur le *diagnostic et le traitement des polypes intra-utérins*.

Enfin, il consacre un assez long chapitre à l'*Ovariotomie*. L'auteur pense que cette opération se justifie aussi bien qu'un certain nombre d'opérations chirurgicales acceptées par les maîtres, et qui sont presque toujours suivies de mort.

On voit d'après l'énumération précédente combien sont nombreux les travaux de Simpson aussi bien en obstétrique qu'en maladies des femmes en dehors de la grossesse. Il n'estpour ainsi dire pas de point de cette spécialité qui n'ait attiré l'attention du médecin d'Edimbourg. Quand on ouvre le livre que nous venons d'analyser, on se demande tout d'abord sur quelle partie on doit le plus particulièrement porter l'attention. Mais, en y regardant de plus près, et surtout aidé du souvenir des principaux travaux de l'auteur, on arrive bien vite à découvrir des chapitres plus particulièrement intéressants.

On chercherait en vain à donner une idée générale du livre et l'on en est réduit à passer isolément en revue chacun des travaux qu'il contient. Ce que l'on peut dire d'une façon générale, c'est que Simpson a traité de main de maître la plupart des sujets qu'il a abordés ; on y rencontre des qualités qui dénotent le praticien le plus consommé.

Nous félicitons vivement M. Chantreuil de n'avoir pas craint d'entreprendre la traduction d'un livre aussi volumineux. Cette traduction étant publiée, alors que les travaux de Simpson sont connus en France depuis de longues années, soit par les discussions auxquelles ils ont donné lieu, soit par les analyses qui en ont été fournies dans les journaux soit par les traités d'accouchements ou de maladies des femmes, nous semble cependant un peu tardive.

M. Chantreuil s'est chargé, selon nous, d'un travail qui n'est pas en rapport avec les avantages que les médecins français vont tirer de la lecture du livre. Aussi nous pensons que M. Chantreuil dont mieux que personne nous apprécions le talent, eût mieux employé son temps en nous fournissant quelques travaux originaux sur certains points d'obstétrique, que sa connaissance approfondie des travaux allemands et anglais lui eût permis d'aborder d'une façon plus fructueuse pour lui et pour nous. A. LEBLOND.

De la cyphose angulaire sacro-vertébrale et de son influence sur la grossesse et l'accouchement, par Henry Didier (1).

A une époque encore peu éloignée de nous, les viciations pelviennes produites par la cyphose étaient totalement inconnues ; les premiers jalons furent posés par les accoucheurs du commencement de ce siècle, mais comme leur attention n'était portée que sur l'angustie du détroit supérieur et que ce dernier est plutôt agrandi que diminué, ils en concluaient que l'enfant ne devait éprouver aucun obstacle à franchir la filière pelvienne. Un peu plus tard cependant, il résulta de plusieurs observations que si l'enfant pouvait franchir le détroit supérieur et s'engager dans l'excavation, il se trouvait dans certains cas arrêté par le détroit inférieur qui lui offrait quelquefois un obstacle insurmontable. Dès lors, l'attention fut dirigée sur le détroit inférieur, et grâce aux travaux de Litzmann, Neugebauer, Bresky et surtout de G. Chantreuil, les déformations *pelviennes* consécutives à la cyphose nous sont aujourd'hui parfaitement connues. Mais M. Didier vient de démontrer dans son remarquable travail, que nos connaissances étaient loin encore d'être complètes, sur ce sujet, et qu'il ne suffisait point d'examiner les diamètres classiques. En effet, il donne la description d'un bassin appartenant à la collection du professeur Stoltz et qui présente une déformation extrêmement singulière. Ce bassin n'est point vicié, à vrai dire ; les différents diamètres, soit du détroit supérieur, soit de la cavité pelvienne, soit du détroit inférieur, se rapprochent sensiblement de la norme et n'auraient opposé aucun obstacle à l'expulsion d'un enfant à terme et de volume ordinaire, mais l'angustie existe *au-dessus* du détroit supérieur, au niveau du diamètre *lombo-pubien* et cela par suite de l'inclinaison du rachis. La ligne qui joint le bord inférieur et antérieur de la première vertèbre lombaire au bord supérieur de la symphyse ne mesure que 7 centimètres.

Cet affaissement considérable de la colonne vertébrale en avant est due à une altération profonde de la partie inférieure de la colonne vertébrale à la suite d'un processus morbide (probablement la carie, mais ce n'est qu'une hypothèse, car on n'a pu se procurer aucun détail concernant cette pièce si intéressante), le corps de la cinquième lombaire a été presque complètement détruit ; il n'en reste qu'une lame excessivement mince en avant, épaisse en arrière au moins d'un centimètre et insérée en forme de coin entre la quatrième lombaire et la première sacrée. Le mouvement d'affaissement de la colonne vertébrale ne s'est arrêté qu'au moment où la quatrième lombaire arrivant en contact avec le bord antérieur du sacrum est venue fournir un certain point d'appui au reste de la colonne. La présence de nom-

(1) Thèse de Nancy, 1874.

breux ostéophytes, dit M. Didier, indique, en outre, que la nature était occupée d'un travail de consolidation tel que celui qu'on voit dans les portions de la colonne vertébrale atteinte du mal vertébral de Pott, quand la destruction osseuse est arrêtée.

C'est donc un bassin qui se rapproche beaucoup de celui décrit pour la première fois par Kilian sous le nom de bassin spondylolisthésique (*pelvis obtecta*).

Après avoir décrit minutieusement les os en particulier, et le bassin en général, M. Didier cite trois observations (la première, de Belloc; la deuxième, de Pehling; la troisième, de M. Aubenas), ayant trait à des bassins pouvant être rapprochés de celui qu'il décrit. Nous pensons, quant à nous, que le rapprochement est un peu forcé. Ensuite, l'auteur compare la cyphose angulaire et la spondylolisthesis et établit par des preuves anatomiques les caractères différentiels de ces deux affections. Pour lui, la cause morbifique primitive est la même dans les deux cas : la carie vertébrale.

« Dans la cyphose angulaire, dit-il, la cause s'attaque aux *corps vertébraux* mêmes, qui finissent par disparaître plus ou moins complètement ; l'effet produit consiste en un mouvement de bascule en avant de la colonne vertébrale, mais sans déplacement, puisqu'elle reste solidement maintenue en arrière par ses moyens d'union habituels qui n'ont subi aucune altération. »

La carie vient-elle à envahir non plus le corps mais l'*axe* de la dernière vertèbre, il se produit dans les apophyses articulaires qui unissent la cinquième lombaire à la quatrième d'une part, et au sacrum de l'autre, une destruction analogue à la précédente et qui s'étend à l'appareil ligamenteux de la région. La base du rachis ne se trouve plus alors maintenue que par le disque intervertébral de l'articulation sacro-lombaire et le poids du tronc agissant d'une manière continue, toutes les tractions viennent aboutir à ce disque qui comprimé, tiraillé sans relâche, finit nécessairement par céder et se détruire au bout d'un temps plus ou moins long. Il en résulte alors non plus un mouvement de bascule, mais un *glissement* progressif de toute la colonne rachidienne en avant, suivant le plan incliné que forme la face supérieure du premier corps sacré, dépouillée de son disque intervertébral. A un moment donné, le glissement continuant, la face inférieure du corps vertébral en mouvement et suivi du reste de la colonne, se trouvera en contact non plus avec la base du sacrum mais avec sa face antérieure ; il y aura alors luxation complète, spondylolisthesis, en un mot. »

Ainsi, comme on le voit, si le processus atteint la partie antérieure de la dernière vertèbre lombaire, il y aura cyphose angulaire; si, au contraire, c'est la partie postérieure, il y aura spondylolisthesis. Et

comme le dit très-bien M. Didier, on peut observer des bassins offrant une transition entre ces deux extrêmes.

L'auteur rejette la théorie de Lambl qui admet pour expliquer le mécanisme de la luxation vertébrale, la *préexistence d'une hydrorachis* lombo-sacrée et *l'intercalation d'une vertèbre supplémentaire incomplète.*

Dans la dernière partie de son travail, intitulé : Réflexions historiques et pratiques, M. Didier discute judicieusement les observations de Birnbaum et d'Olshausen et démontre que les bassins décrits par ces auteurs comme bassins spondylolisthésiques ne sont que des bassins viciés par cyphose angulaire.

Il termine en exposant d'une façon très-claire les conséquences des lésions qu'il vient d'étudier, et leur influence sur la grossesse et l'accouchement.

Tel est, en résumé, les points principaux de ce remarquable travail qui vient combler une des grandes lacunes que présentait l'histoire des cyphoses, et qui fait autant d'honneur à son auteur qu'aux savants professeurs qui l'ont inspiré. A. P.

VARIÉTÉS.

Les bains administrés journellement sont mauvais pour les enfants, par le Dr Binkerd.

L'auteur rapporte qu'il fut appelé pour visiter un enfant d'un an, qui perdait ses forces depuis plus de deux mois et qui s'épuisait rapidement. L'enfant avait marché pendant plus d'un mois ; mais actuellement, les jambes affaiblies ne pouvaient plus supporter son corps amaigri. En palpant le corps de l'enfant, on constatait manifestement qu'il avait considérablement dépéri. Il avait de la peine à soutenir sa tête et sa taille n'était pas supérieure à celle d'un enfant de six mois.

Il prenait très-peu de nourriture, ne criait pas, il avait la figure d'un petit vieillard et était grognon.

Examinant rapidement les trois grandes cavités, on n'y rencontrait pas la moindre trace de maladie. L'aspect de cet enfant était très-particulier, le pouls était lent et plus mou qu'il ne l'est normalement. L'auteur, après avoir prescrit l'alcool de grain à la dose de 10 gouttes, fut rappelé au bout de quelques jours. Il n'existait aucune amélioration.

Interrogeant alors la mère, le Dr Binkerd apprit qu'elle avait l'habitude de plonger chaque matin la petite créature dans un bain d'eau froide, dans l'intention de tenir son enfant propre et bien portant.

Pensant que cette pratique pouvait être l'origine des accidents, il fit cesser immédiatement ces bains et recommanda de ne se servir que

d'une éponge imbibée d'eau deux fois par semaine, de frotter vivement la peau avec une serviette sèche et chaude jusqu'à ce qu'il s'y produisît un peu de rougeur, puis d'envelopper l'enfant de flanelle qu'on ne devait changer qu'une ou deux fois au plus par semaine, préférant tenir l'enfant chaudement plutôt que de le voir trop propre.

Cet avis fut suivi à la lettre. Quelques semaines plus tard, le dépérissement avait cessé, et bientôt après l'enfant, prenant plus de nourriture et devenant plus gai, se développait manifestement.

Aujourd'hui l'enfant marche et ne diffère plus des enfants du même âge qui n'ont pas été soumis à ces bains quotidiens.

Dans un second cas, en tous points semblable à celui que l'auteur vient de rapporter, le résultat fut le même. (*Edinb. med. and surg. Reporter*, septembre 12, 1874.) A. L.

Ophthalmie des nouveau-nés. — Dans le cas d'ophthalmie des nouveau-nés, M. Galezowski prescrit deux fois par jour l'application du collyre :

Eau distillée.	10 grammes.
Nitrate d'argent	25 centigrammes.

ou, dans des cas très-graves :

Eau distillée.	10 grammes.
Nitrate d'argent	50 centigrammes.

Cette application doit être faite par le médecin, qui renverse les paupières, imbibe bien la muqueuse du collyre et met ensuite quelques gouttes d'eau salée pour neutraliser l'excédant du nitrate d'argent.

Les irrigations faites continuellement dans les yeux sont peu praticables et inutiles. Il suffit de faire de grands lavages toutes les deux heures.

Quand de l'amélioration est obtenue, ou quand les cas sont légers, une seule application du collyre chaque jour suffira.

Il faut savoir que l'on observe quelquefois des hémorrhagies de la conjonctive et de la suppuration, dont on n'a pas à s'effrayer, car elles n'ont pas de conséquence grave. Mais il faut savoir aussi que la maladie est de plus longue durée qu'on ne le croit généralement. On est souvent obligé de faire suivre quatre à six semaines le traitement, soit parce que le mal continue, soit parce qu'il se fait des récidives successives.

Il peut se former beaucoup de pus et un chémosis considérable sans qu'il en résulte des altérations profondes et incurables de la cornée, comme chez l'adulte, parce que chez le nouveau-né les tissus sont moins exposés à l'étranglement. Cependant si le boursouflement de la conjonctive, si le chémosis est extrême, il faut recourir à l'incision ou à l'excision. (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, septembre 1874, p. 339.)

Hôpital des Enfants-Malades. — M. le Dr Bouchut a repris son cours de clinique des maladies de l'enfance, le mardi 3 novembre, à huit heures et demie.

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois de septembre 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	23	»	1	»	»	1	»	4.34	»	»	4.34	»	»
Pitié	36	1	3 (1)	»	»	4	2.78	8.33	»	»	11.11	»	»
Charité.......	33	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Saint-Antoine.	30	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (2)
Necker........	10	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (3)
Beaujon......	32	1	»	»	»	1	3.12	»	»	»	3.12	»	1 (4)
Lariboisière...	78	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (5)
Saint-Louis...	90	3	»	»	»	3	3.33	»	»	»	3.33	»	»
Lourcine	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres).	2	»	1	»	»	1	»	50.00	»	»	50.00	»	»
TOTAL.....	334	5	5	»	»	10	1.49.84	1.49.84	»	»	2.99	»	4
Services spéciaux													
Cochin	64	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1 (7)	1 (6)
Cliniques.....	33	3	»	2	»	5	9.09	»	6.06	»	15.15	»	»
Mson d'Accouchem.	114	»	1	»	»	1	»	0.87	»	»	0.87	1	»
TOTAL	211	3	1	2	»	6	1.42	0.47	0.95	»	2.84	2	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	1087	»	»
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	165	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

[1] 1 Péritonite puerpérale.
[2] Fièvre puerpérale.
[3] Id.
[4] Id.
[5] Id.
[6] Id.
[7] Id.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Cas de rétention du fœtus et du placenta, par P. ALLEN (de Philadelphie). *Philadelphia med. Times*, avril 1873, et *Lyon médical*, 25 octobre 1874.)

Injection intra-utérine suivie de mort (*Archiv für Gynækologie*, p. 404, 1874, et *Lyon méd.*, 25 octobre 1874).

Hémorrhagie puerpérale liée à un décollement du placenta; emploi du double ballon du Dr Chassagny; application du rétroceps puis du forceps à branches parallèles; heureuse solution pour la mère et l'enfant (*Tribune médicale*, 1874, p. 592, septembre).

Essai pratique sur la traction mécanique appliquée à l'accouchement, per le Dr HAMON (de la Rochelle). (*Journal des sages-femmes*, 1874, du n° 8 au n° 17.)

Rétention des règles par oblitération du vagin chez une jeune fille de 15 ans et demi (*Journal des sages-femmes*, 1874, n° 16).

Sur le diagnostic des tumeurs de l'ovaire, par le professeur OTTO SPIEGELBERG (*The American Journal of the med. science*, janvier 1874 et *Archives de médecine*, octobre 1874).

Hémorrhagie utérine au terme de la grossesse et après l'accouchement; forceps, tamponnement de l'utérus; guérison (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, septembre 1874).

Etude pratique de la syphilis infantile, par M. VIOLET (Thèse de Paris, 1874).

Les *Annales de gynécologie* ont reçu les ouvrages suivants :

Etude sur l'hygiène des maternités, par M. le Dr Léon Dumas (Thèse de Montpellier, 1873).

Leçons sur les hémorrhagies puerpérales, par le Dr Charpentier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Delahaye éditeur, 1874.

De l'exstrophie vésicale dans le sexe féminin, par le Dr Alphonse Herrgott, Thèse de Nancy, 1874.

Tinnitus aurium or noises in the ears, par le Dr Laurence Turnbull,

On deaf-mutism and the method of educating the deaf and dumb, par le Dr Laurence Turnbull.

La Jeune Mère, ou l'Education du premier âge, par M. le Dr BROCHARD, numéro d'octobre.

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

ANNALES

DE GYNÉCOLOGIE

Décembre 1874.

TRAVAUX ORIGINAUX.

NOTES CLINIQUES SUR LES SUITES DE COUCHES

Par le Dr **Jacquet** (de Lyon).

Les bases de ce travail clinique reposent sur l'étude d'un certain nombre de tableaux dans lesquels les tracés fournis par l'observation quotidienne du pouls, de la température et de la hauteur de l'utérus au-dessus du pubis, permettent d'avoir une idée comparative des principaux phénomènes dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle *suites de couches*. Ces tableaux, au nombre de 26, comprennent deux séries égales, l'une de primipares, l'autre de multipares. Comme il est impossible de reproduire tous ces tableaux, je donnerai ici comme spécimens deux tableaux de chaque série. Je les choisirai parmi ceux qui sont le plus complets, car aux tracés précédents j'ai eu la pensée d'y joindre, pour un certain nombre d'observations, celui que donne la mensuration quotidienne de la glande mammaire.

On peut ainsi suivre les modifications apportées dans cette

glande par l'établissement d'une fonction nouvelle, fixer le moment précis de ces changements et étudier enfin l'influence de ce travail glandulaire sur les autres phénomènes puerpéraux.

Les dimensions de la glande mammaire ont été mesurées suivant un diamètre passant par le mamelon, et le centre du creux axillaire (diamètre axillo-pectoral). Le compas de Baudelocque peut servir à la fois à mesurer la hauteur de l'utérus et le diamètre d'une des glandes mammaires en ayant soin de prendre ces mensurations toujours du même côté. Souvent la circonférence des mamelles dessine naturellement le plus grand diamètre de la glande, et, dans ces cas, il est avantageux de le prendre pour point de repère.

Quant au tracé fourni par le mensuration, chaque jour à la même heure, de la hauteur de l'utérus au-dessus du pubis, voici le moyen dont je me suis servi pour éviter les écarts de 3 à 4 cent., qui peuvent résulter de l'état de plénitude ou de vacuité de la vessie : Je recommandais à l'accouchée de ne pas uriner avant la visite, de manière que la femme, avant chaque mensuration, put vider complétement sa vessie. Le tracé du retrait de l'utérus a été arrêté au moment où cet organe n'a pu être mesuré d'une façon positive.

Après avoir donné les tableaux spécimens dont je viens de parler, ainsi que les notes cliniques qui s'y rapportent, je dirai quelques mots des particularités que présentent les tracés des tableaux que je n'ai pu mettre sous les yeux du lecteur.

PRIMIPARES, n° 1. — On remarquera dans ce tableau qui est pour ainsi dire l'observation abrégée de la malade, le parallélisme des tracés sphygmographique, thermométrique et mammaire. Seule, la ligne du retrait de l'utérus a suivi une marche indépendante.

A l'époque où cette femme se trouvait dans les salles de la Clinique, une petite épidémie de fièvre puerpérale venait de se déclarer ; ainsi s'expliquent les symptômes abdominaux notés chez cette accouchée et accusés par les tracés. Cependant, ni ces accidents du côté du ventre, ni les gerçures du sein qui se sont développées par suite de l'allaitement, n'ont influencé la

ligne utérine. Ce tracé par contre montre une élévation au deuxième jour, jour de la fluxion mammaire. En général, la ligne de retrait de l'utérus n'est pas aussi fortement influencée par la sécrétion laiteuse ; on observe le plus souvent un arrêt ou même un simple ralentissement dans la courbe descendante du tracé.

La fluxion mammaire a été peu marquée chez cette femme, et pour le dire en passant, l'étude du tracé mammaire le jour de la montée du lait peut donner d'utiles renseignements sur l'aptitude des femmes à nourrir leur enfant.

Le tracé mammaire montre encore d'une manière remarquable l'influence des gerçures du sein sur le volume de ces glandes.

L'élévation du pouls et de la température du troisième jour, au moment où le travail physiologique qui venait de se passer du côté des mamelles était fini, n'appartient par conséquent pas à la fluxion mammaire. Elle doit être mise sur le compte des phénomènes pathologiques observés du côté de l'abdomen. Plus tard les deux tracés subissent une nouvelle modification parallèle sous l'influence de l'inflammation légère des deux mamelles.

N° 2. — La fluxion mammaire commence le troisième jour avec un pouls à 80°, et une température de 37°,4. Le lendemain, il est vrai, le pouls et la température sont plus élevés et l'on pourrait mettre cette élévation des tracés sur le compte de la fièvre de lait, mais à ce moment il existait aussi chez cette femme une douleur dans la fosse iliaque gauche, s'irradiant le lendemain à la plus grande partie de l'abdomen. Or, comme l'étude des autres tracés montre que la sécrétion laiteuse s'établit en général sans appareil fébrile, il est rationnel de rapporter les modifications des tracés aux légers accidents inflammatoires qui ont eu lieu du côté gauche du système utéro-ovarien. Ce sont des cas analogues qui ont contribué à établir la doctrine erronée de la fièvre de lait. La coïncidence d'accidents inflammatoires plus ou moins graves avec l'établissement de la sécrétion laiteuse a fait que les premiers phéno-

mènes ont pu passer inaperçus à l'observateur qui ne sait pas les chercher, et la fièvre est alors rapportée au travail de sécrétion des glandes mammaires. Ce tableau met en relief d'une façon toute particulière l'influence des phénomènes pathologiques dont je viens de parler sur le retrait de l'utérus; du cinquième au huitième jour cette ligne reste stationnaire. Enfin, je signalerai au neuvième jour, l'élévation brusque de la courbe thermométrique. La température qui la veille était à 38° 2|10 monta subitement à 40°, 6. Le pouls subit aussi une légère augmentation de fréquence mais non proportionnée à celle de la ligne thermographique. Dans certains tracés, cette discordance est encore plus marquée, le pouls reste à peu près stationnaire, tandis que la température s'élève momentanément à 40°,41°. La cause de ce phénomène doit être rapportée à l'infection putride. En effet, on trouve notés sur ce tableau d'autres signes de la résorption putride, anorexie, diarrhée. Quelques lotions et injections vaginales font disparaître ces symptômes alarmants en apparence. L'écart signalé entre les tracés de la température et celui des pulsations sera donc un moyen de porter un pronostic plus juste.

B. Multipares, n° 1. — Accouchée le 15 juin 1872 à 1 h. du matin, cette femme a présenté les particularités suivantes : Le commencement de la fluxion mammaire a commencé le deuxième jour, et, ainsi qu'on peut le voir dans le tracé mammaire, le travail fluxionnaire du côté des seins a duré trois jours. Pouls 72 à 80, temp. 37°,4 à 37°,8. L'augmentation du diamètre axillo-pectoral a été de 4 à 4 cent. et demi. Le sixième jour le volume de la glande a augmenté de nouveau sous l'influence d'une inflammation assez vive de cet organe. Les autres tracés ne présentent rien de particulier si ce n'est un léger ralentissement de la ligne utérine sous l'influence des accidents mammaires.

N° 2. — Fluxion mammaire le troisième jour. Pouls 84, temp. 37°,4. Durée de la montée du lait, 3 jours. L'augmentation du volume de la glande a été précédée, fait qui s'est présenté un

certain nombre de fois à mon observation, d'une diminution de son volume. On peut aussi remarquer un ralentissement sensible de la courbe utérine par suite de l'intensité de la fluxion mammaire.

Il me reste maintenant à dire quelques mots des modifications subies par les tracés dans les observations qu'il ne m'a pas été possible de reproduire.

Bien que le travail fluxionnaire des glandes mammaires soit le plus souvent silencieux, on rencontre parfois des cas qui justifient l'opinion ancienne sur la fièvre de lait. Un frisson intense, accompagné d'une élévation notable du pouls et de la température, caractérise ces faits exceptionnels.

La sécrétion laiteuse qui apparaît en général le troisième jour ne se montre parfois que le quatrième, surtout quand l'accouchement a été accompagné ou suivi d'hémorrhagie. Sous le rapport de l'intensité, la fluxion mammaire présente de grandes variations. Lorsque la femme est menacée de quelque complication suspecte du côté des organes thoraciques, la sécrétion laiteuse s'établit avec peine et avorte pour ainsi dire.

Les tracés fournis par le pouls et la température ont en général une marche parallèle, à part les cas signalés plus haut où la femme subit l'influence de l'infection putride. Quant au tracé utérin, il présente quelquefois cela de particulier que le lendemain de l'accouchement, le tracé est plus élevé qu'après la délivrance. Wieland avait fait du reste la même remarque. J'ai cherché à me rendre compte de l'influence de la primiparité sur la marche de l'involution utérine. On sait que les accoucheurs sont encore partagés sur la question. Wieland a soutenu que le retrait de l'utérus était plus rapide et plus régulier chez les primipares. De l'ensemble de mes observations il résulte que le fait est vrai d'une manière générale. Cependant si les primipares qui nourrissent sont comparées aux multipares de la même catégorie, il semble que l'établissement d'une fonction nouvelle soit la source, chez les primipares, d'une série d'accidents mammaires qui ralentissent la marche descendante du tracé utérin.

En résumé, de l'ensemble des faits soumis à mon observation

je me crois autorisé à émettre les propositions suivantes qui confirment ou étendent les données acquises par les auteurs sur le même sujet.

1° La fièvre de lait, loin d'être la règle, est une exception. Le plus souvent, une élévation de quelques dixièmes de degré, quelques pulsations de plus sont les seules manifestations physiologiques du travail de sécrétion laiteuse. Si l'on a cru le contraire, c'est que le plus souvent des complications inflammatoires, auxquelles le praticien doit être attentif, devancent, coïncident ou suivent la fluxion mammaire.

2° Le retrait de l'utérus est en général plus facile chez les primipares, réserve faite de celles de ces dernières qui entreprennent l'allaitement de leur enfant. Chez les multipares au contraire, l'allaitement favorise le retrait de l'utérus.

3° On peut suivre par la mensuration quotidienne d'une des glandes mammaires, les changements de volume de cette glande. Le tracé qui en résulte indique l'époque, la durée, ainsi que les rapports de la sécrétion mammaire avec les autres phénomènes puerpéraux.

4° En temps d'épidémie puerpérale, il n'est pas rare de noter des températures élevées coïncidant avec de l'anorexie, de la diarrhée, fétidité des lochies, etc. Dans ces cas, le tracé du pouls ne concorde pas avec les autres, et cette discordance est le meilleur caractère de l'intoxication de la femme par des gaz putrides.

DEMANDE EN NULLITÉ DE MARIAGE

FONDÉE SUR LE DÉFAUT DE CARACTÈRES SEXUELS FÉMININS

Consultations médico-légales et considérants du jugement,

Par le Professeur Courty.

(Suite et fin.) (1)

Le 8 mai 1872, la Cour d'appel de Montpellier, en audience solennelle, chambres réunies, statua sur l'appel interjeté par Anne-Justine J..., ainsi qu'il suit :

---

(1) Voyez le numéro précédent.

« Sur les conclusions principales :

« Adoptant les motifs des premiers juges, et attendu que la question en litige n'est point dans un vice de conformation mais dans l'absence complète des organes qui caractérisent le sexe de la femme ;

« Attendu que l'objet de la vérification et de l'enquête ordonnées par les premiers juges porte en effet sur les points de savoir si Anne-Justine J... a des seins, des ovaires, un vagin, et notamment l'organe essentiel à la femme : la matrice.

« Attendu que le mariage étant l'union de l'homme et de la femme, il ne saurait être valable, s'il était démontré que la personne considérée comme femme au moment de sa célébration ne l'était point ;

« Sur les conclusions subsidiaires :

« Attendu que la vérification ordonnée par les premiers juges présente toutes les garanties désirables, et qu'il n'y a pas lieu de la confier à des experts autres que ceux qu'ils ont désignés ;

« Attendu que la cour ne saurait non plus prévoir une violation manifeste de la loi et une désobéissance calculée à l'autorité de ses arrêts ;

« Attendu que la cour doit d'autant moins la prévoir que déjà Justine J... s'est soumise volontairement à la visite du Dr Carcassonne, dont elle invoque le certificat ;

« Attendu que les dépens suivent le sort du principal :

« La cour, jugeant en audience solennelle, chambres réunies, en l'état de renvoi de la Cour de cassation, donne acte à Etienne D... de sa renonciation à l'arrêt de défaut intervenu le 16 août 1869 ; et statuant sur l'appel interjeté par Anne-Justine J..., du jugement rendu par le tribunal d'Alais, le 29 avril 1869, et sur l'appel incident de D... contre la même décision, déclare, sans s'arrêter aux conclusions subsidiaires des parties, les deux appels par elles interjetés mal fondés ; les en démet et ordonne que la sentence attaquée sortira son plein et entier effet ; dépens réservés pour y être statué en même temps que sur ceux des autres instances, lors du jugement à rendre sur le fond du litige. »

En conséquence de ce jugement, la sentence du tribunal d'Alais, du 29 avril 1869, qui ordonnait l'expertise et l'enquête, dut être appliquée.

L'expertise fut refusée d'une manière formelle. Mlle Puéjac et le docteur Fabre d'Alais durent se retirer devant l'obstination inébranlable de Justine J..., regrettant de n'avoir pu accomplir leur mandat conformément aux décisions du tribunal.

L'enquête fut faite le 30 novembre 1872 par M. E. Charbaut, juge au tribunal civil d'Alais. Dans cette enquête comparurent

les témoins suivants : Antoinette Menet, sage-femme ; Justin Fabre, docteur en médecine; Ulysse Malzac, notaire; Alphonse Dumas, docteur en médecine; Émilie Chantegrel; Lucie Baume; Jean Pénarié, oncle de Justine J...; Emilie Peyre; Eugénie Daudet, couturière; Louis Brénon. Tous ces témoins rapportèrent ce qu'ils avaient vu de la conformation de Justine J... ou ce qu'ils en savaient par ouï-dire, ce qu'ils connaissaient de l'absence de ses règles, de ses rapports avec D..., etc.

Cette enquête m'ayant été communiquée, je dus en faire une appréciation qui devint le sujet d'un complément à la consultation médico-légale précédement fournie à D....

Montpellier, 22 décembre 1872.

MONSIEUR ET CHER DOCTEUR,

Vous avez bien voulu, il y a quelque temps, examiner au point de vue scientifique le procès en nullité de mariage intenté par D... contre Justine J..., et résumer votre opinion dans un remarquable Mémoire.

Je m'empresse aujourd'hui de vous adresser : 1° le constat du refus absolu exprimé par Justine J... de se soumettre à l'examen ordonné ; 2° le procès-verbal d'enquête à laquelle il a été procédé en exécution du jugement du Tribuual d'Alais, confirmé par arrêt de la cour de Montpellier, avec prière de vouloir bien me dire si ces documents nouveaux confirment vos appréciations premières.

Ce n'est pas une médiocre fortune pour l'avocat, dans une cause de cette nature, d'appuyer ses convictions sur l'autorité si légitime de votre science.

Agréez, Monsieur et cher Docteur, l'assurance de mes sentiments distingués.

A. DUBOIS,
Avocat de la Cour de Montpellier.

Montpellier, le 29 décembre 1872.

Mon cher Monsieur DUBOIS,

J'ai lu avec beaucoup d'attention le procès-verbal d'enquête que vous m'avez fait l'honneur de m'envoyer, en me demandant si les documents nouveaux qu'il apporte au procès J... confirment mes appréciations premières.

Je n'ai pu constater d'abord sans étonnement le refus de

Justine J... de se soumettre à l'examen de Mlle Puéjac, sage-femme de la Maternité de Montpellier, alors qu'elle s'était précédemment soumise, après l'avoir elle-même sollicité, à l'examen de la dame Menet, sage-femme à Tamaris, et plus tard à celui du Dr Carcassonne (de Nîmes). Bien que ce refus ne puisse manquer d'éveiller des soupçons sur l'existence de caractères sexuels chez Justine J..., il ne jette néanmoins aucune lumière nouvelle sur la question scientifique.

Mais il n'en est pas de même des dépositions relevées par l'enquête :

1° Il en résulte que Justine J... *n'a pas de seins* (déposition du Dr Dumas d'après le dire de la sage-femme, déposition d'Eugénie Daudet, couturière) ; que *le bassin est excessivement étroit* (déposition du Dr Dumas d'après le dire de la sage-femme), et que par conséquent, quoi qu'en dise la dame Menet, qui paraît avoir l'esprit fort troublé devant la justice, Justine J... n'est pas extérieurement constituée comme toutes les femmes. Ces faits concordent avec ceux qui sont constatés par le certificat du Dr Carcassonne.

2° Il en résulte que Justine J... *n'a pas de vagin*, c'est-à-dire que entre les lèvres et la vulve il n'existe *aucune ouverture* (déposition des dames Chantegrel et Baume, d'après la sage-femme de Tamaris), ou qu'elle est *bouchée* (déposition de Pénarié, d'après le dire du père de Justine J...), ou *qu'il y a absence de tout vagin* (déposition du Dr Fabre, d'après le dire de la sage-femme de Tamaris, quinze jours avant l'enquête). On dirait que la femme Menet cherche à atténuer l'impression de son premier témoignage par sa déposition devant la justice, car elle dit qu'introduisant le doigt dans le vagin elle y a constaté une oblitération empêchant l'introduction complète du membre viril, tandis qu'elle a dit précédemment aux deux dames précitées qu'il n'y a *point d'ouverture*, et au Dr Dumas qu'il n'y a *point de vagin*, mais seulement une petite dépression où on remarquait le méat urinaire. Cette dernière particularité nous donne la conviction qu'il n'existe aucune portion du vagin proprement dit. Du reste, le Dr Carcassonne n'a-t-il pas écrit : « Il n'y a pas de vagin, ou du moins ce conduit, s'il existe, est imperforé » ? Ainsi le fait

est évident : *il n'y a pas de vagin*. Je ne puis m'empêcher de noter en passant la méfiance que m'inspire le désaccord entre la déposition de la dame Menet, d'une part, et les premiers dires de cette sage-femme aux autres témoins, ainsi que les constatations du Dr Carcassonne, d'autre part.

3° Il en résulte encore que Justine J... *n'a jamais eu ses règles;* elle en fait elle-même l'aveu, sa famille ne nie point le fait. Les témoignages de l'oncle, de la sage-femme, de la lessiveuse, etc., le confirment également. Mais en résulte-t-il qu'aucun mouvement fluxionnaire, aucun effort naturel périodique, aucun molimen hémorrhagipare ne se produisent chez elle, dénotant le développement d'organes internes au delà de la zone où devrait se trouver un vagin qui n'existe pas, et permettent de présumer, soit la présence de la matrice, que les magistrats regardent avec raison comme l'organe constitutif, dans ce cas, de la sexualité féminine, soit l'existence des ovaires, qui pourraient suffire, par leur évolution naturelle et par l'activité de leur fonction, pour expliquer ces mouvements fluxionnaires? C'est ce que nous allons examiner.

4° Il résulte enfin de la déposition du Dr Dumas, d'après les premiers dires de la sage-femme, que non-seulement Justine J... n'a jamais eu ses règles, mais *qu'elle n'a jamais eu de douleurs lombaires, abdominales, périodiques*. La femme Menet dans sa déposition, en réponse à une demande directe du magistrat, prétend bien qu'elle a demandé à Justine J... si elle avait ses règles, et que celle-ci lui a répondu : « Je ne les ai jamais eues, mais chaque mois j'éprouve certaines douleurs. » Mais la sage-femme de Tamaris ajoute : « Elle ne définit pas le caractère de ces douleurs, et je ne cherchai pas à le reconnaître moi-même, tellement je suis bouleversée d'être mêlée à cette affaire. »

Or, entre cette déposition tardive et vague de la femme Menet, et les termes précis des renseignements qu'elle donna quelques jours après l'examen de Justine J... à M. le Dr Dumas, d'après la déposition de ce dernier, je n'hésite pas à accorder toute ma confiance au texte de la déposition Dumas : « La femme J..., d'après la sage-femme de Tamaris, n'a jamais eu de douleurs lombaires, abdominales, périodiques. »

Je n'hésite pas, parce que j'ai la plus haute estime pour la valeur scientifique et pour la valeur morale du Dr Dumas ; parce que sa déposition, si nette, retrace les réponses catégoriques de la sage-femme aux questions précises qu'il n'a pu manquer de lui poser et qui contrastent si fortement avec la déposition vague que je viens de citer ; parce que je ne trouve pas de trace de ce symptôme dans les témoignages du sieur Pénarié, qui rapporte les propos du père de Justine J... et du médecin de Poussigues ; parce qu'il n'est fait aucune mention de ces douleurs, pas plus que des, règles dans le certificat du Dr Carcassonne, et que ce silence est bien éloquent chez un médecin de sa valeur, qui n'a pu manquer d'adresser à Justine J... toutes les questions propres à l'éclairer, non-seulement sur l'absence des règles, mais encore sur celle des douleurs prémonitoires dont il est question ; parce ces douleurs ne peuvent coexister, chez une femme bien développée et bien portante, avec les autres signes de la santé parfaite ; parce que, si ces douleurs avaient réellement existé en tant que douleurs lombaires et abdominales périodiques, elles auraient depuis longtemps éveillé l'attention des parents de Justine J... et les auraient décidés à consulter un médecin ; enfin parce que les altérations qu'elles n'auraient pas manqué d'apporter à la santé générale, pour peu qu'elles eussent été accentuées, auraient empêché ces parents de songer à marier leur fille.

Tous les caractères d'intensité de ces phénomènes périodiques, du retentissement de ces douleurs sur l'organisme entier et de l'altération profonde qu'elle ne manquent pas d'apporter à la santé générale, sont habituellement très-marqués par suite du mouvement fluxionnaire causé par le travail ovarique périodique, c'est-à-dire par la maturité mensuelle d'un œuf. Mais ils sont encore bien plus frappants, lorsque ce mouvement fluxionnaire amène une congestion de tous les organes génitaux internes et surtout lorsque la matrice se remplit de sang et qu'elle cherche à expulser ce sang par des contractions violentes, sans pouvoir y parvenir ; car alors tous les symptômes de la rétention menstruelle utérine s'ajoutent à ceux de la fluxion pério-

dique provoquée par le travail ovarique, et l'on assiste à des scènes de douleur d'une violence extrême.

Evidemment, rien de tout cela ne s'est manifesté chez Justine J.... Nous sommes donc de plus en plus autorisé à admettre que *les organes constitutifs du sexe féminin, les ovaires et surtout la* MATRICE, *ne remplissent chez elle aucune fonction; que s'ils existent, ils sont à peine rudimentaires ou avortés dans leur développement, ou qu'ils font entièrement défaut.*

Telle est la seule conclusion que l'on puisse tirer, mon cher Monsieur, des nouveaux documents apportés au procès par l'enquête que vous avez bien voulu me communiquer, et vous voyez qu'elle s'accorde parfaitement avec celles de mon mémoire.

Agréez, etc.

A. COURTY,

Professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Enfin, le 28 janvier 1873, un jugement définitif fut rendu par le tribunal d'Alais. Il est inutile d'en rapporter ici la première partie qui ne fait que reproduire des faits déjà connus du lecteur; mais il est très-intéressant d'en relater et d'en conserver précieusement toute la seconde partie, avec les considérants si judicieux, si logiques, sur lesquels sont fondées les conclusions.

Attendu que sur la demande en nullité de mariage formée par D..., contre Justine J... par exploit du 8 mars 1869, le Tribunal de céans, après avoir repoussé par son jugement interlocutoire du 29 avril suivant confirmé sur renvoi de la Cour de cassation, par arrêt de la Cour de Montpellier, du 8 mai dernier, l'exception préjudicielle proposée par la partie défenderesse et tirée des dispositions non applicables à l'espèce des articles 180, dernier paragraphe et 181 du Code civil, a posé nettement en principe que le mariage est essentiellement vicié dans son origine, et dès lors, radicalement nul, lorsque les conjoints apparents sont du même sexe, ou que l'un d'eux manque absolument des organes naturels constitutifs du sexe, *même différent de celui de l'autre* auquel il prétend appartenir, et ordonné une mesure préalable d'instruction et une enquête pour rechercher si par sa conformation et sa constitution générale, ladite partie défenderesse se trouvait dans l'un ou dans l'autre cas; que lesdits jugement et arrêt

confirmatif ont acquis l'autorité de la chose jugée, que ce qu'ils ont ainsi souverainement décidé ne saurait donc plus être remis en question, et que dès lors, la même fin de non-recevoir reproduite par cette dernière dans ses nouvelles conclusions doit être simplement écartée.

Attendu qu'il y a encore lieu de rejeter des pièces du procès comme étant nulles et de nul effet, l'acte de séparation de corps volontaire du 12 décembre 1868, produit par celle-ci à l'appui de ses moyens de défense.

Attendu que Justine J... a formellement refusé de se soumettre à la visite personnelle par expert qui formait l'objet de ladite mesure d'instruction, ainsi que cela est constaté dans le rapport dressé le 18 novembre dernier; que le tribunal aura à examiner quelle influence ce refus, dans les conditions dans lesquelles il s'est produit peut légitimement exercer dans la cause :

Attendu qu'il a été procédé à ladite enquête le 30 dudit mois de novembre, que D..... avait été admis à établir, sous réserve de la preuve contraire, que ladite partie défenderesse était matériellement privée de tous les organes naturels constitutifs du sexe féminin ; qu'elle n'avait ni seins, ni ovaires, ni matrice, ni vagin ; que son bassin était conformé plutôt comme celui d'un homme que comme celui d'une femme ; qu'elle n'avait jamais eu ni règles, ni douleurs lombaires et abdominales périodiques et qu'une sage-femme d'Alais par qui elle s'était déjà fait volontairement visiter avait elle-même constaté et reconnu par écrit cette absence complète chez elle de ces divers organes et avait fait part de ce fait à plusieurs personnes.

Attendu que Justine J..... ayant produit un certificat officieux à elle délivré par le docteur Carcassonne le 5 novembre 1869 et D... qui l'a accepté comme pièce du procès au cours des débats qui ont précédé ledit arrêt confirmatif se prévalant de ses constatations à l'appui de cette articulation de faits ; il y a lieu de rechercher si la preuve de ces mêmes faits est suffisamment établie par ces deux documents.

Attendu qu'il résulte dudit certificat que la partie défenderesse a *des seins peu développés* et de la déposition du docteur Dumas, quatrième témoin de l'enquête qui a déclaré tenir ce fait d'Antoinette Menet, sage-femme à Tamaris, premier témoin, ainsi que de celle de la couturière Eugénie Daudet, neuvième témoin, qu'elle n'en a absolument pas.

Qu'il résulte encore dudit certificat, que son bassin est peu large et de ladite déposition du docteur Dumas, à qui encore ladite Menet l'avait raconté, qu'il est extrêmement étroit.

Que le fait grave qu'elle n'a pas de vagin se trouve suffisamment justifié par ce même document et les dépositions dudit docteur Dumas, du docteur Fabre, deuxième témoin, d'Amélie Chantagrel, cinquième témoin, et de Lucie Beaume, sixième témoin, à tous lesquels ladite Menet l'avait révélé.

Qu'il est certain qu'elle n'a jamais eu ses règles, que ce fait également important n'a jamais été dénié par elle, et se trouve d'ailleurs établi par la déposition dudit premier témoin.

Attendu que s'il n'est pas résulté dudit certificat et de ladite enquête, qu'elle n'a jamais ressenti de douleurs lombaires et abdominales périodiques, la preuve de ce fait doit néanmoins s'induire avec certitude de celui enseigné par la science et constaté que ces douleurs ne peuvent coexister avec une santé toujours également bonne comme l'a été celle de ladite partie défenderesse chez une femme surtout qui, comme elle, a déjà dépassé l'âge de 31 ans et n'a jamais eu ses règles; des douleurs de cette nature, quand il ne se produit pendant de longues années aucun afflux de sang, occasionnant toujours nécessairement une altération profonde de la santé générale.

Attendu que vainement ladite Menet déclare dans sa déposition, que la partie défenderesse après lui avoir avoué, lorsqu'elle l'avait visitée en 1868 ou 1869, qu'elle n'avait jamais été réglée, lui avait cependant ajouté, qu'elle *éprouvait chaque mois des douleurs dont elle ne lui définit pas le caractère et qu'elle ne chercha pas elle-même à reconnaître;* que ces prétendues douleurs ainsi non définies par Justine J... et non appréciées quant à leur caractère par cette sage-femme ne sauraient évidemment, par les motifs qui précèdent, être de la nature de celles dont il s'agit, que l'on est d'ailleurs naturellement frappé de ce que ladite partie défenderesse n'a produit elle-même dans l'enquête aucun témoin, ni versé au procès aucun document pour essayer d'établir qu'elle avait réellement ressenti ces douleurs et que par leur nature, elles affectaient véritablement le caractère de lombaires et abdominales qu'elle voudrait aujourd'hui leur faire attribuer; que le docteur Carcassonne n'a pas dû manquer, quand il l'a visitée, de s'éclairer sur ce point capital de ses investigations et que son certificat est absolument muet quant à ce; que ce fait cependant est des plus graves dans la cause et que celui de la part de la partie la plus intéressée à en rapporter la preuve, de l'avoir laissé complètement dans l'ombre, ajoute encore un nouveau degré de certitude à la conclusion négative de son existence déduite des susdits motifs.

Attendu que vainement aussi, ladite Menet a dans sa déposition embarrassée et son prétendu *bouleversement d'être mêlée à une pareille affaire*, parce qu'elle sentait sans doute qu'elle avait essentiellement

manqué à ses devoirs professionnels en divulgant des faits qu'elle aurait dû tenir secrets, fait des déclarations contraires à celles des docteurs Dumas et Fabre, Émilie Chantagrel et Lucie Beaume, que la position sociale et la parfaite honorabilité de ces deux premiers témoins ne peuvent laisser aucun doute sur l'entière sincérité de leur déposition et que la vérité du fait unique révélé par les deux dernières peut d'autant moins être suspectée qu'il a été aussi affirmé par les autres et se trouve de plus constaté par le dit certificat ; qu'on ne peut d'ailleurs raisonnablement admettre que ces quatre personnes de conditions pour la plupart différentes et habitant des lieux divers aient pu se concerter ensemble pour venir faussement témoigner devant la justice d'un ou de plusieurs faits que ladite Menet ne leur aurait pas réellement racontés.

Attendu que ledit certificat et ladite enquête n'ayant aussi non plus rien révélé sur l'absence articulée par ledit D... chez Justine J..., des ovaires et de la matrice, il y a encore lieu de rechercher avec lesdites données de la science, si ces deux organes essentiels féminins lui font également défaut.

Attendu que l'art médical paraît posséder aujourd'hui des moyens de diagnostic assez précis pour reconnaître, principalement dans le bassin d'une femme maigre, comme l'est ladite partie, les ovaires et surtout la matrice, et si ces organes existent chez elle dans leur développement naturel.

Attendu que ce moyen d'appréciation manquant par la faute de cette dernière, à cause de son refus de se laisser visiter par l'expert commis, on se trouve réduit à ne pouvoir déduire l'absence probable dans sa personne de ces deux organes que des présomptions tirées des faits déjà acquis.

Attendu que, *suivant un homme de la science des plus expérimentés en cette matière*, la plus importante des fonctions de la femme qui manifeste chez elle l'existence de ces mêmes organes est la menstruation et les douleurs lombaires et abdominales qui se produisent périodiquement, ordinairement chaque mois, et donnent lieu entre autres accidents à des sensations bien distinctes, à un gonflement des seins et à un retentissement physique et moral fortement accentué ;

Attendu que ladite partie défenderesse n'ayant jamais été réglée, n'ayant jamais ressenti de douleurs prémonitoires, n'ayant pas de seins ou les ayant eu toujours, dans tous les cas, très-peu développés à toutes les époques et n'ayant pu par conséquent jamais éprouver non plus avec une semblable constitution aucun de ces retentissements et de ces sensations, l'on est amené à conclure que cette dernière se trouve encore privée de ces deux nouveaux organes ou que du moins, si leurs rudiments existent chez elle, de même que

ceux de ses autres organes essentiels, ils sont tous restés, *ainsi que le dit cet habile praticien dans sa consultation médico-légale du 2 mai* 1872, *discutée par toutes les parties*, dans leurs conclusions respectives, *ce qu'ils étaient au début de la vie fœtale, des bourgeons imperceptibles et inertes qui réduisent à néant son état sexuel.*

Attendu que toutes les déductions tirées des divers motifs ci-dessus développés doivent puiser une nouvelle force dans la désobéissance ormelle aux prescriptions de la justice par ladite partie défenderesse en refusant de se laisser visiter, qu'il est à remarquer que le tribunal en ordonnant cette importante mesure d'instruction avait eu soin de prendre toutes les précautions nécessaires pour sauvegarder sa pudeur, que c'était une sage-femme qui devait faire cette visite, et que le mandat qui était donné au docteur qui lui avait été adjoint consistait uniquement à se concerter préalablement avec elle dans un appartement séparé de celui où elle devait avoir lieu, sur la manière d'y procéder et de recueillir ensuite, toujours hors de la présence de Justine J..., le résultat de l'examen et des constatations de ladite sage-femme et que le fait de ces précautions ainsi sagement prises suffit pour ne pouvoir permettre de prendre au sérieux le premier motif dudit refus allégué par ladite partie défenderesse tiré d'un prétendu sentiment de pudeur de sa part, alors surtout qu'elle n'avait pas craint déjà le 5 novembre 1869, pour les besoins supposés de sa cause, d'aller se faire volontairement visiter par un homme (le docteur Carcassonne), après l'avoir été encore précédemment par la sage-femme de Tamaris ;

Que le second motif par elle aussi prétendu d'une atteinte chimérique qui aurait pu être portée à sa santé n'est pas plus prenant que le premier ;

Sachant mieux que tout autre par une double expérience que ladite mesure prescrite ne pouvait nullement l'altérer ; que dans de pareilles conditions ce refus semble n'avoir été calculé de sa part qu'afin d'éviter de fournir de nouvelles armes à son adversaire, alors qu'elle avait pu apprécier tout le profit que celui-ci avait déjà tiré des constatations précieuses révélées par le certificat Carcassonne malgré toutes ses réticences.

Qu'on ne saurait admettre qu'une partie dans un procès pût impunément à son gré, lorsqu'une mesure d'instruction a été ordonnée l'employer volontairement quand elle le jugerait convenable à ses intérêts et la repousser ensuite lorsqu'elle penserait qu'elle peut lui nuire, que si l'on ne saurait induire juridiquement dudit refus un aveu direct ou indirect par ladite partie défenderesse, de la vérité des faits articulés par D..., il doit toutefois corroborer, dans une juste mesure, la preuve qu'il a été possible à ce dernier d'en rapporter et les diverses appréciations auxquelles le tribunal s'est livré ci-dessus.

Attendu qu'il ne faut pas d'ailleurs oublier que la question de savoir si ladite partie défendresse est réellement privée de tous les organes essentiels féminins ne doit être examinée qu'au point de vue du mariage et de la demande en nullité dont le tribunal est saisi ; que ce contrat qui participe du droit civil, qui en règle les conditions, et du droit naturel par l'union des sexes, et a été toujours consacré par la religion de tous les peuples, a un but social et un but moral tout à la fois ; le premier, de perpétuer la famille, base de toute société, par la procréation des enfants, et le second de donner un aliment modérateur aux instincts de la nature, de prévenir ainsi les écarts des passions et assurer les joies et la prospérité du foyer domestique, et que ce double but serait évidemment manqué s'il pouvait se faire qu'un pareil contrat dût être maintenu lors qu'un vice général organique sexuel de l'un des époux, présenterait entre eux, comme dans l'espèce, ainsi que le constate suffisamment ledit certificat, un obstacle perpétuel, invincible de rapprochement.

Attendu, enfin, que le tribunal n'a pas à rechercher si ladite partie défendresse, à cause de sa conformation et de sa constitution générale, appartient au sexe masculin ou au sexe neutre, s'il en existe, qu'il lui suffit, ainsi qu'il l'a fait, d'avoir acquis, avec les divers éléments d'appréciation de la cause, la conviction de ce seul fait que toujours au point de vue du mariage, elle manque réellement, ainsi qu'il l'avait pensé en principe, dans son jugement interlocutoire, des organes naturels, essentiels, constitutifs du sexe, même différent de celui de D..., auquel elle prétend appartenir, pour qu'il puisse et doive accueillir la demande de ce dernier et prononcer par suite la nullité radicale du mariage intervenu entre les parties ;

Attendu que toute partie qui succombe doit être condamnée aux dépens ;

Par ces motifs :

Le tribunal déclare radicalement nul et inexistant et annule le mariage inscrit sur les registres de l'état civil de lacommune d'Alais le 20 décembre 1866, d'Antoine-Etienne D... et Anne-Justine J..., et par voie de suite le contrat internuptial qui a réglé les conventions civiles des parties ;

Ordonne que mention du présent jugement sera faite en marge de l'acte de célébration dudit mariage ainsi annulé, par l'officier de l'état civil de ladite commune d'Alais, ausitôt qu'une expédition dudit jugement lui aura été remise, et condamne ladite partie défenderesse aux entiers dépens réservés et non réservés.

Dans le document important que je viens de reproduire et dont j'ai conservé scrupuleusement le texte, je me suis permis de souligner seulement deux phrases (outre celles qui étaient

déjà soulignées par le tribunal), pour montrer quelle part d'influence les notions scientifiques, bien comprises et bien interprétées, ont eu au succès de l'affaire.

Ce jugement, si remarquable, ayant été signifié aux parties et aucun appel n'ayant été fait dans les délais légaux, l'acte de mariage d'Etienne D... et de Justine J... a été déclaré nul et inexistant et cette déclaration a été inscrite en marge de l'acte de célébration dudit mariage sur le registre de l'Etat civil.

Depuis lors, D... a contracté un véritable mariage et il a la certitude de goûter les douceurs de la paternité.

Je résumerai l'impression que doit produire ce long procès et son heureux dénouement en disant avec M. Legrand du Saulle (1) que le jugement qu'on vient de lire a une signification considérable et crée un précédent juridique bien digne d'être médité.

DE LA LÉSION ET DE LA MALADIE

DANS LES AFFECTIONS CHRONIQUES

DU SYSTÈME UTÉRIN

Par le Dr Emile Tillot,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Médecin-Inspecteur des eaux minérales de Saint-Christau.

(2e article) (2).

ARTICLE II. — *Partisans de l'état général.*

Nous allons énumérer d'une façon succincte les principales opinions des médecins sur le rôle que joue l'état général dans les affections chroniques de l'utérus, et nous étudierons spécialement dans un autre article, en l'appuyant d'observations, le rôle attribué par beaucoup de médecins et par nous-même à quelques diathèses en particulier et à la chlorose.

---

(1) Traité de méd. lég. et de jurisprudence méd., p. 27; Paris, 1871.

(2) Voir le numéro du 15 octobre.

Sans remonter bien loin chez les anciens, dont nous avons indiqué quelques opinions à ce sujet, commençons par un célèbre médecin du siècle passé :

« Les causes qui amènent une débilité générale et locale, qui pervertissent la sensibilité de l'utérus et donnent lieu aux hémorrhagies utérines, sont très-nombreuses. La disposition à l'hémorrhagie de la matrice et à l'avortement peut tenir à la constitution originelle de la femme, à son éducation physique et morale ; le luxe, l'oisiveté, la délicatesse de la constitution, chez la femme de la ville : les privations de tout genre, pour une autre catégorie de femmes, les exposent aux affections asthéniques, et surtout aux hémorrhagies passives. » Dans un autre endroit, le même auteur dit : « La métrorrhagie peut dépendre du scorbut et de la chlorose ; il ne faut pas croire que les hémorrhagies utérines, dépendantes d'une vraie pléthore, d'un excès de ton dans le système circulatoire, soient très-communes » (1).

Puzos (2) attribue les ulcères simples de la matrice à une âcreté du sang, jointe à une faiblesse de l'organe : « C'est par le même mécanisme que se forment les clous, les aphthes, l'herpès, » etc.

Stoll fait intervenir l'arthritis dans les affections utérines (v. p. 439).

Blatin et Nivet disent que la leucorrhée ordinairement héréditaire est liée à un état constitutionnel général, tempérament lymphatique, chlorose, dartre, arthritis (3).

Nous avons exposé plus haut, page 284, les opinions de MM. Baud et Gibert sur les diathèses, nous n'y reviendrons pas ; il nous suffit de dire pour le moment que Chomel, Boivin et Dugès, le Dr Guéneau de Mussy attribuent les granulations de l'utérus à l'herpétisme ; nous rapporterons plus loin l'opinion de M. Gaillard de Poitiers sur le même sujet. M. Duparcque croit beaucoup aussi à l'influence des diathèses. Le Dr Durand-Fardel, tout en étant très-partisan de la valeur des états consti-

(1) *Traité de médecine pratique*, de Pierre Frank, traduit par Goudareau.

(2) *Traité d'accouchements*, p. 259.

(3) *Traité des maladies qui déterminent des flueurs blanches.*

tutionnels, apporte cependant quelques restrictions à cette valeur. « En effet, dit cet écrivain distingué, les causes du passage de la métrite aiguë à l'état chronique, lesquelles se confondent avec les causes de la métrite chronique d'emblée, appartiennent le plus souvent à des conditions constitutionnelles. Cependant, il ne faut pas rejeter absolument l'idée de Bennett et de Becquerel qu'il existe une sorte d'idiosyncrasie spéciale qui prédisposerait certaines femmes au développement des maladies de l'utérus. » Mais il continue par ce correctif. « Lorsque les femmes entrent dans la période active de l'appareil utérin, qu'elles soient affectées ou non d'hystéricisme ou de chlorose, elles apportent souvent avec elles quelque affection constitutionnelle plus ou moins caractérisée : scrofule, herpétisme, goutte, etc. Si l'utérus n'est pas par lui-même le siége d'aucune des manifestations propres à chacune de ces diathèses, il ne s'en trouve pas moins, comme tant d'autres organes, exposé à en subir le retentissement. La métrite n'est pas une manifestation directe de la diathèse, elle en est un des accidents (1). » Cette manière de concevoir le rôle de la diathèse par rapport à la maladie nous semble très-ingénieuse et bien exposée.

Nous citons plus loin, en détail, les opinions de MM. Arnal et Guéneau de Mussy sur l'herpétisme et celles de M. Bazin concernant la scrofule et l'arthritis. Parmi les partisans de l'idée que nous exposons ici, nous sommes heureux de compter un praticien distingué de Verdun qui a publié un ouvrage fort intéressant et très-pratique sur les affections chroniques. « Un principe intérieur, dit le Dr Neucourt, m'a paru parfois être le point de départ de la métro-vaginite chronique, principalement la scrofule, la goutte et le vice dartreux, je dirais même volontiers le vice cancéreux, car j'ai observé plusieurs fois cette métro-vaginite chez des femmes qui furent plus tard affectées de cancer non de la matrice, mais du sein. » (2) Cependant ce médecin, clinicien fort habile, éprouve une certaine hésitation très-naturelle à catégoriser certaines affections chroniques de

(1) Durand-Fardel. *Traité des maladies chroniques*, t. II.
(2) Neucourt. *Des maladies chroniques*, p. 219 et suivantes.

l'utérus, et n'admettant probablement, comme la majorité des médecins, l'existence de la scrofule que lorsqu'elle affecte la forme maligne, il paraît placer ces cas indécis pour lui sous la dépendance d'un état auquel il ne donne pas de nom, et qui nous paraît se rapprocher du lymphatisme ou première période de la scrofule. « En effet, dit-il, parmi les prédispositions fréquemment observées dans les maladies utérines, il y en a une que l'on peut considérer tour à tour comme dépendant du tempérament lymphatique; des scrofules, des dartres, mais qui, dans certains cas, ne paraît rentrer dans aucune de ces catégories : je veux parler des personnes constituées de façon à être toujours en proie à quelque localisation morbide; ces personnes ont eu dans l'enfance des éruptions diverses, de la diarrhée, des inflammations des yeux; à l'âge de la puberté, elles ont toussé, ont eu une menstruation difficile, puis pour un temps, leur santé est devenue florissante; mais le mariage a provoqué une inflammation utérine qui les a débarrassées de leurs autres souffrances tout en les laissant avec une inflammation granuleuse ou ulcéreuse du col utérin, des flueurs blanches. Si par le traitement local on supprime brusquement la sécrétion, on voit survenir des catarrhes des bronches, non franchement inflammatoires, des difficultés de respirer; puis tout à coup, ces nouveaux accidents disparaissent et on voit survenir des douleurs des lombes et la sécrétion utérine. » Nous avons tenu à rapporter ce passage parce qu'il nous paraît émaner d'un excellent observateur ; il est à regretter seulement que le Dr Neucourt n'ait pour ainsi dire pas parlé des antécédents morbides des malades qu'il a observées.

Le Dr Bennett accorde une certaine importance à l'état général : « La métrite chronique résulte le plus souvent de l'extension graduelle au corps d'une inflammation chronique du col entretenue par un mauvais état général; ici, en effet, comme pour le reste de l'organisme, quand l'inflammation passe de l'état aigu à l'état chronique, c'est presque toujours sous l'influence d'un état défavorable de la constitution. » (1).

(1) J.-H. Bennett. *Traité de l'inflammation de l'utérus*, traduit par le Dr Peter, 1864, p. 49.

Le Dr Peter, dans son excellente traduction du traité de M. Bennett, paraît approuver l'opinion que vient d'exprimer le médecin anglais, car dans une note qui figure immédiatement au-dessous du passage que nous venons de citer, il nous a fait l'honneur de reproduire les conclusions de notre précédent mémoire sur les affections utérines, en les accompagnant d'expressions flatteuses pour nous ; nous nous estimons heureux de nous rencontrer sur le terrain de la philosophie médicale avec un homme de la valeur de notre ancien camarade d'internat, devenu professeur agrégé de la Faculté de Paris.

Nous trouvons un appui très-précieux à l'idée que nous avons émise, dans deux ouvrages spéciaux fort estimés, et que nous aurions été bien-aise de consulter et de citer dans notre thèse inaugurale, s'ils n'avaient paru un peu après elle : nous voulons parler des ouvrages considérables de M. Courty et de MM. Bernutz et Goupil. Commençons par le traité si complet du savant gynécologue de Montpellier : M. Courty, tout en trouvant que nous avons exagéré l'influence de l'état général, se montre cependant très-disposé à reconnaître le rôle qu'il exerce dans les affections utérines. « Quelques auteurs tels que M. Pidoux, dont les idées paraissent avoir inspiré la thèse de M. Tillot, exagèrent sans doute cette influence, en lui attribuant toujours le plus grand rôle dans l'étiologie et dans la marche des maladies utérines. On ne peut donc pas admettre que, dans la majorité des circonstances, les lésions utérines ne soient que des symptômes secondaires survenus sous la dépendance d'un état général, ni d'une manière absolue, que la lésion soit dans l'utérus et la maladie dans l'organisme. Les diathèses jouent un rôle considérable dans ces affections. Car il n'est pour ainsi dire pas de maladie utérine, surtout chronique, qui ne subisse plus ou moins l'influence d'une diathèse, si même elle n'en relève directement; trois ordres de faits le démontrent : 1° coexistence ou simultanéité des manifestations de ces états diathésiques sur l'utérus ou d'autres points; leucorrhée et catarrhe vésical, leucorrhée utérine et catarrhe intestinal, éruption ou ulcération sur le col et dartres à la vulve, à l'anus; congestion ou engorgement du col et douleurs erratiques dans les mem-

bres, engorgement, granulations, ulcères du col et symptômes évidents de scrofule, engorgements ganglionnaires, ulcères, croûtes, etc. 2° Alternance entre la manifestation et surtout l'exacerbation de la maladie utérine et localisation d'une diathèse sur un autre point. J'ai vu de remarquables exemples de rhumatisme avec douleur et gonflement, des névralgies tenant probablement à la même cause et envahissant alternativement l'utérus, l'ovaire ou la vessie, l'estomac, les articulations. 3° L'épreuve du traitement. Combien de maladies d'apparence simplement inflammatoire qui ont pu être momentanément amoindries par les moyens dont se compose la médication antiphlogistique, et qui n'ont été guéries que par les eaux minérales, l'hydrothérapie. Les diathèses qui jouent le plus grand rôle dans l'étiologie des maladies utérines sont la scrofule, l'herpétisme et la diathèse rhumatismale ou goutteuse. On peut placer au même rang que ces diathèses toutes les altérations spontanées du sang dont le type le plus fréquent, la chlorose, joue un rôle capital dans la pathologie de la femme » (1).

MM. Bernutz et Goupil dans les premiers volumes de leurs consciencieuses recherches sur les affections utérines, tout en s'occupant beaucoup plus de l'état actuel de leurs malades que des antécédents, ne laissent pas que de se montrer partisans très-décidés de l'influence de l'état général; il suffit de citer ce qui suit, emprunté au chapitre de la pelvi-péritonite : « L'affection génitale qui cause la pelvi-péritonite résulte de l'état constitutionnel des malades qui étaient anémiques ou scrofuleuses avant le développement de l'affection génitale, et qui doivent à l'existence de l'une ou de l'autre de ces diathèses, notamment à l'existence de cette dernière, la longue persistance de l'affection catarrhale utéro-tubaire, dont les exacerbations viennent déterminer le retour, à l'état aigu, de l'inflammation de la séreuse pelvienne. » Les auteurs de la *Clinique médicale sur les maladies des femmes*, étudiant les affections de l'utérus et de ses annexes dues à la tuberculisation, font remarquer que chez certaines femmes le développement des tubercules dans les

(1) Courty. *Traité des maladies de l'utérus*, 1864, p. 283.

organes génitaux est une manifestation tardive de la diathèse générale, ou bien que c'est une manifestation précoce de la maladie générale, les tubercules génitaux se montrant en même temps que les pulmonaires (1).

Qu'il nous soit permis de clore la liste des médecins qui placent les affections chroniques de l'utérus sous la dépendance d'un état général par le nom d'un chirurgien qui nous est d'autant plus cher, qu'il a encouragé nos premiers travaux dans le sens où nous inclinions, et nous a appuyé de toute l'autorité de son nom quand nous avons dû soutenir publiquement nos idées en prenant le grade de docteur. Voici ce que dit en effet le professeur Gosselin dans ses savantes leçons cliniques : « Je me rattache volontiers à l'opinion émise par le Dr Tillot sur le développement des affections chroniques de la matrice par l'influence d'une cause générale qui produit en même temps la chlorose ou la chloro-anémie » (2).

Article III. — *Du rôle de quelques diathèses dans les affections chroniques du système utérin.*

1re catégorie. — *De la scrofule.*

Je reviens maintenant avec quelques détails sur certaines diathèses, et sur un état général morbide qui me paraissent jouer un rôle capital dans la pathologie utérine. En tête des diathèses sous l'influence desquelles se manifestent le plus souvent des lésions chroniques de l'utérus, il faut citer la scrofule ; c'est donc par elle que nous commencerons l'étude isolée des diathèses et de leur influence sur la métrite chronique, en faisant toutefois remarquer qu'il n'est pas rare, et nous en citerons des exemples, de trouver chez la même personne deux ou quelquefois trois diathèses ensemble.

Les auteurs qui traitent de la scrofule sont d'accord sur l'action qu'elle exerce sur la muqueuse génito-urinaire.

Blatin et Nivet lui attribuent certaines leucorrhées. Le

(1) Bernutz et Goupil. *Clinique sur les maladies des femmes*, 1862, t. II, p. 307.
(2) Gosselin. *Leçons cliniques*, t. II, p. 490.

Dr Durand-Fardel impute les affections chroniques de l'utérus à la préexistence d'une constitution déterminée « ou d'une diathèse (lymphatisme, scrofule, herpétisme); la première rend surtout tenaces les engorgements, la seconde les engorgements et les ulcérations, la troisième l'état catarrhal » (1).

Tyler Smith admet dans la production de la leucorrhée l'influence de la scrofule et de la dartre (2).

Scanzoni reconnaît que le catarrhe utérin procède surtout de la chlorose, des scrofules, de la tuberculose, etc.; les érosions du col sont souvent pour lui dues au vice herpétique (3).

Pour M. Bazin, la scrofule n'épargne aucune muqueuse, mais elle n'affecte pas aussi souvent celle du col utérin que les autres; en effet, voici l'ordre dans lequel doivent être placées les muqueuses sous le rapport de la fréquence des atteintes de la scrofule : 1° conjonctive; 2° pituitaire; 3° membranes auriculaires; 4° muqueuse de l'arrière-bouche; 5° muqueuse génito-urinaire.

« La scrofule produit la leucorrhée avec érosions granuleuses « et profondes du corps utérin. Les catarrhes scrofuleux se « reconnaissent à leur ténacité, à la tendance pyogénique, en« gorgement, induration des tissus sous-jacents, production de « granulations, de fongosités, de végétations verruqueuses ou « polypeuses, enfin retentissement de l'inflammation sur les « ganglions lymphatiques » (4). Cependant pour Durand-Fardel dans les catarrhes de la muqueuse digestive et utérine on ne retrouve plus qu'une partie des caractères assignés aux catarrhes scrofuleux par M. Bazin. Parmi les diathèses qui jouent le plus grand rôle dans l'étiologie des maladies utérines, il faut placer la scrofule, dit M. Courty.

Avant de rapporter les observations où, d'après nous, la scrofule s'est montrée comme cause prédisposante, examinons à quels signes nous pourrons reconnaître qu'une affection est scrofuleuse. La scrofule (Gintrac et Bazin) donne aux lésions

(1) Durand-Fardel. Lebret et Lefort. *Dictionnaire des eaux minérales.*

(2) *The Pathology and treatment of the leucorrhea.*

(3) Scanzoni. *Traité des maladies des organes génitaux chez la femme.*

(4) Bazin. *Traité de la scrofule.*

une couleur terne, fauve, blafarde, livide ou violacée : il y a de la tendance au gonflement, à la suppuration, à l'ulcération. Sur e pharynx elle produit des granulations molles et larges, sur les paupières de grosses granulations saignant facilement, des catarrhes très-purulents, accompagnés d'épaississement et souvent d'ulcérations de la muqueuse.

La diathèse strumeuse établit de bonne heure son influence morbide dans l'économie ; c'est elle qui donne lieu à la plupart de ces leucorrhées tenaces, rebelles, qui sont souvent le point de départ d'une chlorose symptomatique. L'affection, d'abord limitée aux follicules du col (commo Morgagni l'a démontré le premier et comme Huguier l'a répété, en y insistant, dans ses leçons cliniques), l'affection gagne le parenchyme de cette partie de l'organe et y détermine un travail d'hypertrophie, ou amène sur le museau de tanche des granulations simples ou fongueuses, des ulcérations, des érosions; d'autres fois le catarrhe se supprime, pour une raison ou pour l'autre, et il se fait une fluxion inflammatoire du côté des ligaments larges ou du côté des ovaires.

On ne dira pas que je crée à plaisir un chemin à la lésion et que j'invente des détails de physiologie pathologique; est-ce que cela ne se passe pas ainsi pour la tumeur lacrymale d'origine scrofuleuse? Il y a d'abord engorgement du sac, catarrhe de sa cavité, engorgement des points lacrymaux, du canal nasal par les larmes et mucus sécrété, puis altération des parois molles et dures du canal lacrymo-nasal, enfin ulcération et perforation. Je pourrais dire la même chose pour l'œil atteint d'une kératite spontanée, décrire la conjonctivite, la blépharite secondaire, le chémosis, les vaisseaux cornéens de nouvelle formation, los ulcères de la cornée, l'iritis, etc.

N'est-ce pas sous l'influence de la scrofule que s'établissent ces catarrhes rebelles de l'oreille, qui débutent par le conduit auditif, produisent des végétations sur la membrane du tympan, la perforent, gagnent la trompe d'Eustache, l'engorgent, et deviennent ainsi le point de départ de surdités plus ou moins difficiles à guérir?

D'après cela, c'est sous la dépendance de la scrofule que nous

placerons certaines lésions si fréquentes dans l'utérus : ces engorgements peu douloureux, avec hypertrophie, ces ulcérations fongueuses, les granulations larges saignant facilement, ces catarrhes vaginaux avec sécrétion crémeuse abondante, ou ces catarrhes du col utérin plus purulents que lorsqu'ils sont sous la dépendance de l'arthritis ou de l'herpétisme.

Avant de placer sous les yeux des lecteurs les cas particuliers que nous avons recueillis, quelques mots d'explication sont nécessaires. En tête de ces observations figurent l'affection et la diathèse; l'observation elle-même comprend les antécédents de famille quand j'ai pu les noter, les antécédents personnels et les antécédents utérins, puis l'état actuel. Mes observations n'étant destinées qu'à venir à l'appui des idées d'influence générale, j'ai dû les abréger le plus possible et ne rapporter que les commémoratifs et l'état actuel, car en les prenant je me suis préoccupé exclusivement de la question d'étiologie. A l'exception de trois ou quatre cas que je n'ai pas rapportés parce qu'ils ne contenaient que l'état actuel, les 24 observations dont je donne ci-dessous le résumé constituent l'ensemble de toutes les observations sur les maladies de l'utérus qu'il m'a été donné de recueillir depuis la publication de ma thèse inaugurale et avant d'être nommé médecin d'une station thermale où je n'ai eu que de rares occasions de traiter des affections de l'utérus. Cette remarque a son importance, car si j'ai recueilli 27 observations dans 24 desquelles j'ai toujours trouvé un état général constitutionnel, qui me permette d'expliquer la chronicité de l'affection utérine, je suis peut-être en droit d'affirmer que toutes les observations que j'aurais pu prendre sur d'autres femmes devraient présenter les mêmes caractères, c'est-à-dire l'association d'un état général à une lésion morbide.

Quant aux diathèses qui figurent dans nos observations, c'est la scrofule qui domine comme du reste dans les observations que j'avais recueillies avant 1860, et que j'ai rapportées dans mon précédent mémoire. En effet, sur 28 observations qui y figurent, dans 13 on trouve des antécédents scrofuleux. C'est aussi la scrofule qui figure en tête des premières observations

du travail actuel; viennent ensuite les cas où la diathèse arthritique me paraît jouer le principal rôle, puis celle où l'on rencontre à la fois l'arthritis et la scrofule.

Observation I.

Affection : *Métrite du col, granulations, ulcération.* Diathèse : *Srofule, adénite, eczéma impétigineux, kératite, coryzas, chlorose, dyspepsie, palpitations, leucorrhée.*

La nommée X..., âgée de 23 ans, lingère, est entrée à l'hôpital Lariboisière le 12 décembre 1860, constitution moyenne, cheveux noirs.

Antécédents. — Père mort hydropique, mère ayant succombé à une fluxion de poitrine.

Dans son enfance, pas de gourme, mais fréquents *coryzas* et maux de gorge avec *engorgement ganglionnaire*, à 15 ans; *éruption* confluente occupant le cuir chevelu, suintant abondamment, sans prurit, accompagnée d'*adénite*, ayant duré quatre mois; il y a un an, *ophthalmie avec photophobie* qui a duré deux mois; jamais de rhumatismes, mais douleurs vagues occupant les poignets et les épaules. Palpitations fréquentes surtout le soir, ballonnement du ventre, dyspepsie; ses deux enfants ont eu de la gourme et de l'ophthalmie avec photophobie.

Antécédents utérins. — Réglée à 16 ans sans douleur; il y a cinq ans avortement de 2 mois, à la suite duquel douleurs hypogastriques et lombaires, leucorrhée et dysménorrhée. Elle a gardé cinq mois la chambre pour se remettre des suites de cette fausse-couche. Elle a eu depuis deux enfants. Le dernier accouchement remonte à dix-sept mois, mais le système utérin ne s'est dérangé qu'il y a trois mois : troubles menstruels, leucorrhée intense, prurit vulvaire, douleurs vagues, occupant la tête et les membres.

Etat actuel. — Pâleur, embonpoint médiocre. Au toucher, corps gros en antéversion; tout près de l'insertion du col en avant existe une tumeur douloureuse, inhérente au corps; col utérin touchant le sacrum; au spéculum, museau de tanche présentant des *granulations* et une *ulcération* peu étendue.

Chez cette malade la diathèse scrofuleuse est bien nettement caractérisée par l'adénite, la tendance aux coryzas, la kératite et l'affection du cuir chevelu qui fut probablement un eczéma impétigineux.

La chlorose à laquelle j'attribue l'habitus de la malade, ses palpitations, sa dyspepsie flatulente est probablement secondaire et due à la diathèse.

Les caractères objectifs de l'ulcération et des granulations n'ont malheureusement pas été notés.

OBSERVATION II.

Affection : *Métrorrhagie chronique, antéversion.* Diathèse : *Scrofule, adénite suppurée, acné sébacée ? chlorose, palpitations, aménorrhée.*

En 1859, je fus consulté par une jeune femme âgée de 27 ans, d'une constitution médiocre, d'un tempérament lymphatique, et affectée actuellement de métrorrhagie.

Antécédents. — Dans l'enfance, ni gourme, ni croûtes de lait, mais *engorgement des ganglions sous-maxillaires* dont un avait même suppuré (cicatrice bridée) ; alopécie partielle à la suite d'une *éruption sèche, très-tenace du cuir chevelu.* Mariée à 18 ans, placée dans de très-bonnes conditions hygiéniques, n'ayant jamais fait d'excès d'aucune sorte, il y a six ans, elle fut prise d'accidents chloro-anémiques : palpitations intenses et aménorrhée prolongée, tout disparut sous l'influence d'un traitement tonique et ferrugineux. La santé s'est de nouveau dérangée depuis quatre mois.

Antécédents utérins. — première menstruation à 15 ans; depuis, les règles ont toujours coulé d'une façon irrégulière comme quantité et comme qualité; jamais d'enfants, ni de fausse-couche, aménorrhée prolongée il y a six ans.

Depuis quatre mois, dérangement dans la santé : métrorrhagies ou plutôt *ménorrhagies* répétées, mais jamais de sensation de poids dans les reins ou dans le ventre.

Etat actuel. — La malade se plaint seulement de perdre du sang. Le ventre est souple, indolent.

Le toucher n'est pas douloureux, corps en antéversion, col dans le sacrum.

La malade accuse de l'*essoufflement*, des *palpitations ;* dans la région cervicale *bruit de souffle doux.*

Je ferai remarquer que cette malade n'a jamais été soumise à aucune de ces causes déterminantes qui jouent un si grand rôle dans la pathologie utérine pour beaucoup de médecins même, le seul rôle, je veux parler de fausse-couche ou d'accouchement.

Dans cette observation, la scrofule est accusée par l'adénite sous-maxillaire et par l'affection du cuir chevelu, ayant entraîné l'alopécie et qui fut probablement une acné sebacea, car chez les scrofuleuses, l'acné sebacea du cuir chevelu est une cause plus fréquente d'alopécie que le pityriasis du cuir chevelu, tandis que le contraire me semble plus fréquent chez les hommes.

Quant à la chlorose, elle me paraît être symptomatique chez cette malade, car la scrofule s'est surtout manifestée chez elle dans l'enfance et c'est surtout à la chlorose que je serais disposé à rattacher la métrorrhagie dont est affectée la malade qui fait le sujet de l'observation.

OBSERVATION III.

Affection : *Pelvi-péritonite.* — Diathèse : *Scrofule, gourme, adénite sous-maxillaire.*

La nommée X..., âgée de 22 ans, est entrée à l'hôpital de la Charité (service de M. Briquet), le 20 juillet 1860.

Antécédents. — Rien sur les parents ; dans l'enfance *gourme* très-prononcée, qui a duré jusqu'à l'âge de 15 ans et s'est accompagnée d'*adénite* sous-maxillaire ; pas d'épistaxis, jamais de dermatose, pas d'hémorrhoïdes ; douleurs vagues le long des membres, pas de céphalalgie, ni de gastralgie.

Antécédents utérins. — Menstruation régulière, jamais de métrorrhagie, ni de leucorrhée; accouchée il y a trois ans pour la première fois. L'accouchement s'est bien passé. Trois ou quatre mois après son accouchement, douleurs hypogastriques et lombaires, douleurs d'abord erratiques, puis qui sont devenues fixes il y a trois mois. Depuis quelque temps, *métrorrhagie* et leucorrhée glaireuse.

Etat actuel. — Facies naturel, constitution moyenne, tempérament lymphatique. La malade accuse une douleur dans les reins et le flanc droit. Pesanteur sur le fondement, la défécation est très-douloureuse.

Ventre un peu développé, un peu tendu ; dans le flanc droit existe une tumeur arrondie, un peu dure, mal circonscrite ; par le toucher on sent le col utérin refoulé contre la symphyse, le cul-de-sac droit et le postérieur sont occupés par une tumeur grosse comme une forte orange, tendue, douloureuse, que l'on délimite assez bien par le toucher rectal.

Dans cette observation où la scrofule s'accuse par la *gourme tenace* et l'*adénite sous-maxillaire*, il est à remarquer que l'affection péri-utérine ne s'est montrée que longtemps après la délivrance et s'est établie sourdement à la façon des affections de l'utérus en général.

La malade n'ayant pas été examinée au spéculum, je n'ai pas noté l'état du col, mais il est très-probable que le point de départ de la pelvi-péritonite a été un catarrhe utérin dont l'exi-

stance était encore accusée lors de l'entrée de la malade par l'écoulement glaireux dont elle se plaignait.

OBSERVATION IV.

Affection : *Métrite du col, érosion, granulations, catarrhe utérin.* — Diathèse : *Scrofule, gourme, engelrues, otorrhée, granulations pharyngées, acné pustuleuse.*

Madame L..., 20 ans, domestique, entrée à l'hôpital Lariboisière, le 28 juin 1860 (salle Sainte-Joséphine, no 25). Constitution moyenne. Tempérament lymphatique.

Antécédents généraux. — Dans l'enfance *gourme* très-tenace ayant duré jusqu'à 15 ans, *engelûres ; otorrhée.* Avant la puberté palpitations, gastralgie, malaises, accidents qui ont augmenté à l'époque de l'établissement des règles. *Enrouement* fréquent, *maux de gorge*, pustules d'*acné* à la face depuis 18 ans.

Antécédents utérins. — Mal réglée habituellement. Accouchée il y a dix mois, a toujours souffert depuis ce temps ; douleurs lombaires, hypogastriques, leucorrhée, céphalalgie, ballonnement du ventre.

État actuel. — Bon facies, embonpoint, chairs molles, un peu blafardes ; éruption généralisée de pustules d'*acné* sur la face, les membres et le tronc, grosse papule rouge sur le pharynx.

Au toucher qui est indolent, col un peu en rétroflexion, dur, largement ouvert.

Au spéculum, érosion très-large ; *granulations* sur la lèvre postérieure, *catarrhe utérin.*

Dans ce cas la scrofule n'est pas douteuse ; il suffit de lire le résumé de l'observation pour s'en convaincre. Le catarrhe utérin paraît être le point de départ de l'érosion et des granulations ; les granulations ne sont pas assez bien désignées pour qu'on puisse, d'après la description, reconnaître leur provenance diathésique, mais il faut noter la coexistence de ces produits morbides sur le pharynx et le museau de tanche.

OBSERVATION V.

Affection : *Catarrhe utérin, érosion, granulations du col.* — Diathèse : *Scrofule, adénite suppurée, gourme tenace, panaris, granulations du pharynx, chlorose symptomatique.*

Madame F..., couturière, âgée de 27 ans, constitution moyenne, tempérament très-lymphatique.

Antécédents. — *Adénite sous-maxillaire* suppurée, venue après une

éruption tenace du cuir chevelu, palpitations et essoufflement habituels, *névralgies* intercostales, dyspepsie.

Dernièrement, un *panaris* du troisième degré, enrouement fréquent, toux sèche.

Antécédents utérins. — Menstruation irrégulière, sang pâle; un enfant et une fausse-couche, de 5 mois. Depuis ce moment, sensation de pesanteur en avant; leucorrhée abondante; depuis un mois, métrorrhagie peu intense, qui a pris des proportions assez grandes pour qu'on m'ait fait demander au milieu de la nuit (15 février 1863) ; il est sorti des caillots très-volumineux.

Etat actuel. — Embonpoint, chairs molles, souvent toux sèche; sur le pharynx, larges granulations pâles; au toucher, utérus en antéversion un peu lourd, mais nullement abaissé ; culs-de-sac libres ; col largement ouvert ; granulations sur le museau de tanche, larges et saignant très-facilement ; catarrhe utérin.

Pendant le cours du traitement elle eut de l'acné pilaris à la vulve et un furoncle sur l'épaule.

Chez cette dame, la scrofule était écrite dans le faciès, dans les engorgements ganglionnaires, la gourme, le panaris ; il y avait des granulations occupant le pharynx et le museau de tanche, granulations ayant le même caractère, c'est-à-dire celui que M. Bazin attribue aux granulations scrofuleuses : largeur, aplatissement et facilité à saigner.

Observation VI.

Affection : *Catarrhe utérin, érosions, granulations du col.* — Diathèse : *Scrofule, adénite, kératite, pharyngite chronique.*

La nommée X..., âgée de 19 ans, employée, entrée le 8 août 1860, au n° 20 de la salle Sainte-Joséphine (hôpital Lariboisière). — Constitution médiocre, tempérament lymphatique, chairs molles, muscles peu développés.

Antécédents. — Dans l'enfance, pas de gourme, mais adénite très-caractérisée. Maux d'yeux fréquents (paupières collées, photophobie), jusqu'à l'âge de 17 ans, peu après l'établissement de la menstruation, suppression accidentelle ; depuis ce moment, palpitations, gastralgie, vertiges, sujette aux maux de gorge, difficulté à avaler, *hemming* et *hawking*, jamais d'enrouement.

Antécédents utérins. — Il y a deux mois et demi, avortement de six mois ; depuis ce temps, douleurs lombaires, leucorrhée, métrorrhagie de temps à autre, douleurs dans les cuisses.

Etat actuel. — Facies coloré. Au toucher on sent dans le cul-de-sac

gauche une rénitence dont la pression produit une douleur assez modérée. Au spéculum, érosion, granulations sur le museau de tanche, catarrhe utérin.

Pendant son séjour à l'hôpital, elle souffrit de la gorge et l'on put y constater de la rougeur avec sécheresse du pharynx.

La diathèse scrofuleuse est ici très-nette : engorgement ganglionnaire et kératite. Signalons aussi la coïncidence de l'affection granuleuse du museau de tanche et la rougeur et la sécheresse du pharynx. Je n'ai pas noté de granulations du pharynx, mais la pharyngite chronique s'est déjà trouvée dans un assez grand nombre d'observations pour que je puisse attribuer, avec quelque raison, la pharyngite de cette malade, à la même diathèse que la métrite du col.

Observation VII.

Affection : *Métrite du col, fongosités, métrorrhagie, leucorrhée.* — Diathèse : *Scrofule, eczéma impétigineux du cuir chevelu, épistaxis répétées.*

Au n° 25 de la salle Sainte-Joséphine (hôpital Lariboisière), est placée une femme de 26 ans, blanchisseuse, constitution moyenne, tempérament lymphatique.

Antécédents de famille. — Mère morte en couches.

Antécédents personnels. — Dans l'enfance, épistaxis et céphalalgie fréquentes, gourme tenace, avec exsudation abondante et peu de démangeaisons, occupant toute la tête; pas d'adénite.

Jamais d'affection rhumatismale.

Antécédents utérins. — Réglée à 16 ans; pas de dysménorrhée habituelle; deux enfants; depuis sa dernière couche, il y a sept mois, leucorrhée; elle avait gardé le lit pendant neuf jours. Il y a un mois, pour la première fois, à la suite d'épreintes rectales, perte abondante qui a duré huit jours, accompagnée de douleurs lombaires et hypogastriques.

Etat actuel. — Chairs molles, un peu blafardes; col de l'utérus gros, granuleux, couvert de fongosités, saignant facilement; antéversion; utérus insensible au ballottement, non engorgé.

La diathèse est écrite ici dans le facies de la malade et dans la gourme tenace de l'enfance qui, d'après ses caractères, me paraît être une scrofulide, bien qu'il n'y ait pas eu d'adénite. L'épistaxis est aussi, comme on le sait, très-fréquente chez les enfants scrofuleux. Il y a peut-être un rapprochement à faire

entre la fréquence des épistaxis dans l'enfance et la métrorrhagie de l'âge adulte. J'en reparlerai du reste plus loin à propos d'autres observations.

Observation VIII.

Affection : *Métrite chronique, ulcération.* — Diathèse : *Scrofule, gourme, adénite, kératite à répétition, otorrhée. Chlorose symptomatique, leucorrhée, palpitations, vertiges, gastralgies.*

La nommée X..., couturière, entrée le 24 novembre 1860, salle Sainte-Joséphine, n° 24. — Constitution moyenne, tempérament lymphatique.

Parents.— Mère sujette à la migraine; père ayant des hémorrhoïdes et sujet aux rhumatismes.

Antécédents. — Dans l'enfance, convulsions, gourme, adénite sous-maxillaire à diverses reprises, de temps en temps, épistaxis, mais surtout maux d'yeux répétés avec photophobie, douleurs d'oreilles et otorrhée ; pendant l'enfance, sujette à la migraine avec vomissements, souvent palpitations, maux de gorge, gastralgie et vertiges; elle s'enrhume fréquemment; elle fut réglée à 15 ans, n'a jamais eu ni enfants, ni fausse-couche. Cette malade a toussé, dit-elle, pendant cinq ans, sans jamais cracher, mais la toux a disparu il y a deux ans. L'année dernière, elle a été prise sans cause connue de prurit vulvaire, la leucorrhée, dont elle est atteinte habituellement, a augmenté, s'est accompagnée de douleurs hypogastriques ; deux mois après, les douleurs ont diminué, puis ont reparu accompagnées de tiraillements dans les aines et de ténesme vésical.

Etat actuel. — On constate chez elle une ulcération du col utérin.

Chez cette malade, née de parents arthritiques probablement, on ne peut mettre en doute la diathèse strumeuse; la gourme, l'adénite, les kératites à répétition, l'otorrhée, sont bien là pour l'attester. Il est probable que les palpitations la gastralgie, et les vertiges, sont sous la dépendance d'une chlorose symptomatique. Je n'ai noté dans l'état d'autre lésion qu'une ulcération, mais évidemment ces tiraillements dans les aines et ce ténesme vésical indiquent bien l'existence d'une métrite que le toucher probablement aurait décelée ; au point de vue actuel cette observation est donc incomplète.

Pour résumer ces huit observations, qui pour nous sont empreintes d'un cachet scrofuleux, nous avons rencontré chez les malades un certain nombre d'accidents qui relèvent bien de la scrofule; en effet, sur ces huit malades, nous avons constaté de la gourme (eczéma impétigineux le plus souvent accompagné d'adénite) six fois. Nous avons noté également six cas d'adé-

nite; la kératite, cette lésion si commune chez les scrofuleux, s'est présentée trois fois; enfin, trois de nos malades avaient des granulations du pharynx concurremment avec celles du col de l'utérus, deux malades seulement avaient de l'acné; l'une d'elles était sujette aux épistaxis. On le voit, d'après nos observations, nous considérons une femme comme affectée de la scrofule quand il y a eu chez elle de la gourme tenace, de l'adénite ou des ophthalmies répétées et prolongées ; à propos des lésions, nous n'avons noté que dans un seul cas (Obs. 5) le caractère des granulations, caractère que M. Bazin a signalé chez les scrofuleux, c'est-à-dire la largeur et la facilité à saigner.

Après la scrofule, nous allons voir l'influence qu'exerce sur l'utérus cet état particulier de l'organisme auquel les auteurs anciens avaient donné un nom que MM. Bazin, Pidoux, Gintrac et Guéneau de Mussy lui ont rendu dans ces dernières années, en précisant certaines données encore vagues sur ses expressions symptomatiques, nous voulons parler de l'arthritis.

2e CATÉGORIE. — *De l'Arthritis.*

Avec les auteurs anciens et avec MM. Pidoux et Bazin parmi les modernes, considérant l'arthritis comme la source commune d'où s'échappent la goutte et le rhumatisme, nous donnons le nom d'arthritis à une maladie constitutionnelle occupant les articulations ou les muscles et pouvant sévir également sur la peau ou sur les viscères.

Avant notre époque y a-t-il eu des médecins qui aient parlé de l'arthritis par rapport à l'utérus? Stoll est, croyons-nous, le premier auteur qui ait mentionné l'influence de cette diathèse sur la matrice ; il a décrit une métrorrhagie due à l'arthritis, et il dit même que, dans certains cas, la métrorrhagie lui a servi à reconnaître une arthritis à l'état latent : « hemorrhagiæ ute-« rinæ seu potius catamenia protracta in octo, in viginti dies « originis arthriticæ vidi sæpissime; is ipse continuus vel sæ-« pissime recurrens fluxus mihi sæpissime inditium fuit « arthritidis latentis » (1). Le même auteur parle aussi de la leucorrhée arthritique. Sa provenance, dit-il, est difficile à

(1) Stoll. *Ratio medendi*, vol. V.

reconnaître parce que souvent elle arrive chez des goutteuses encore jeunes, n'ayant pas été affectées auparavant de douleurs articulaires. Le diagnostic se tire de sa résistance au traitement et de son alliance avec des lésions du système fibreux, avec des signes de goutte vague, de migraine, d'odontalgie, etc.; cette maladie s'accompagne de douleurs vers le soir. Souvent la goutte se cache sous le masque de la métrorrhagie, leucorrhée et tumeur de l'utérus (1). Cette opinion a été reproduite par Scudamore qui professe que les femmes qui souffrent de la goutte ont été très-sujettes à la métrorrhagie. Pour Guilbert (2) la métrite arthritique se reconnaît aux accès périodiques de douleurs, une femme goutteuse qui devient enceinte est par cela même très-exposée aux affections de la matrice. Le même auteur a vu chez une dame arrivée à l'âge critique des tumeurs emphysémateuses autour des malléoles remplacées par une leucorrhée.

M. Duparque croit à l'influence de cet état général pour l'utérus : « Dans beaucoup de cas, dit-il, le catarrhe utérin est lié à une cause rhumatismale, il est alors d'une ténacité déplorable. »

Le Dr Bazin partage l'opinion de Stoll et parle des métrorrhagies arthritiques ; l'arthritis peut aussi, dit-il, dans la quatrième période, déterminer un cancer, et l'illustre médecin de l'hôpital Saint-Louis donne les caractères différentiels du cancer dû à l'arthritis et de celui qu'engendre l'herpétisme ; le cancer arthritique, pour M. Bazin, est remarquable par l'abondance des vaisseaux sanguins et la fréquence des hémorrhagies, tandis que les vaisseaux font défaut dans le cancer utérin de nature herpétique.

Le Dr Neucourt nous paraît aussi vouloir désigner l'arthritis dans les lignes qui suivent : « Je signalerai parmi les causes prédisposant aux engorgements surtout aigus la constitution pléthorique ; dans ce cas on voit souvent les malades, malgré un engorgement volumineux et des douleurs vives, conservant de l'embonpoint, des couleurs, de l'appétit, enfin toutes les apparences d'une santé excellente qui ne s'altère que longtemps

(1) Stoll. *Ratio medendi.*
(2) Guilbert. *Dictionnaire des sciences médicales*, en 60 vol.

après l'apparition de la maladie utérine, tandis que dans les cas précédents, l'altération de la santé a en quelque sorte précédé la manifestation locale. » (1)

Les lésions que produit l'arthritis sur les viscères, à part les articulations et le cœur, n'ont pas été aussi bien étudiées que celles de la diathèse scrofuleuse ; aussi, c'est, pour ainsi dire, en nous basant seulement sur l'analogie, que nous pouvons nous faire une idée des désordres que l'arthritis pourra causer dans le système utérin. L'arthritis est la diathèse congestionnante par excellence (2). Sur la peau elle produit l'urticaire hémorrhagique, de l'érythème papuleux, rouge sombre. Les arthritiques ont souvent les joues et le nez violacés, ils ont été sujets à l'épistaxis dans leur enfance; sur les muqueuses, l'arthritis produit des fluxions rapides, des coryzas avec écoulement peu purulent, des catarrhes reconnaissables à leur courte durée, au défaut de suppuration, disparaissant souvent brusquement ; aussi sur l'utérus elle produira des ménorrhagies (Stoll et Bazin) à répétition; elle devra déterminer des congestions utérines cessant brusquement, des catarrhes utérins sans grande secrétion (3). Nous disons l'arthritis devra, car nous n'avons pas trouvé dans les observations puisées chez des sujets arthritiques soit par d'autres, soit par nous, des signes assez certains pour affirmer qu'une lésion utérine est de nature arthritique. M. Duparque se contente de dire que lorsque le catarrhe utérin est lié au rhumatisme, il offre une grande ténacité, mais il ne lui assigne aucun caractère spécial. Il serait à désirer que des observateurs placés dans un milieu favorable pussent faire pour les lésions utérines ce que M. Bazin a fait pour les arthritides et les herpétides, et cette connaissance des signes objectifs permettant d'arriver facilement au diagnostic de la nature, permettrait d'appliquer plus sûrement le traitement général et local le plus convenable. Ce vœu que nous exprimons sera-t-il

(1) Neucourt. *Des maladies chroniques.*
(2) Allard. *Arthritis des viscères*, in *Ann. de la Société d'hydrologie médicale*, t. VII.
(3) Fluor albus a causa arthritica sæpissime est, plerumque acer et rodens mox in principio, itemque virescens, flavo-virescens, pendula materia et tenaci. (Stoll, *Ratio medendi*, vol. V, Arthritis.)

comblé bientôt? Nous le souhaitons vivement pour notre part, sans cependant nous faire illusion sur les difficultés qu'entraînent avec elles des recherches semblables. En rapprochant les lésions observées dans d'autres organes des lésions qui se montrent sur l'utérus, nous ne faisons que procéder par analogie, et en medecine c'est une méthode très-fructueuse que celle qui prend l'analogie pour guide, on est ainsi arrivé à créer les nosologies, et c'est la seule manière de comprendre la marche de phénomènes morbides qui ne se passent pas sous nos yeux et de les ramener à des lois générales.

Quoi qu'il en soit, nous reconnaissons l'existence de l'arthritis à l'habitus, au facies, à l'apparition antérieure de douleurs rhumatismales ou goutteuses, à la migraine, la gastralgie, un certain nombre de dermatoses catégorisées par M. Bazin, ou à l'existence de certains troubles viscéraux, tels que l'asthme, ou encore à la présence de varices ou d'hémorrhoïdes.

Observation IX.

Affection : *Métrite du col, érosion, fongosités, leucorrhée.* — Diathèse : *Arthritis, douleurs articulaires, gastralgie, pityriasis, acné.*

Mme X..., âgée de 25 ans, couturière, entrée le 3 avril 1861, salle Sainte-Marie (hôpital Lariboisière).

Constitution moyenne, tempérament lymphatico-sanguin.

Antécédents. — Pas de gourme dans l'enfance ni d'adénite. Elle a une sœur qui lui ressemble beaucoup, dit-elle, de constitution, et qui est atteinte depuis longtemps de gastralgie et de dyspepsie flatulente. Quant à Mme X..., elle n'a jamais eu de migraine, mais a souvent de la *gastralgie*. Elle a eu un *rhumatisme articulaire* qui a duré trois semaines, et de temps à autre souffre de *douleurs* dans les articulations.

Antécédents utérins. — Bien réglée ordinairement, n'a jamais eu de métrorrhagie, ni leucorrhée, excepté depuis son dernier accouchement. Cependant elle garda le lit pendant neuf jours, se releva sans douleur. Depuis ce moment *leucorrhée* intense.

Etat actuel. — Air de santé, figure colorée, *pityriasis* très-intense du cuir chevelu.

Au toucher rien de notable.

Au spéculum, érosion de la lèvre supérieure avec *fongosités*. La malade, pendant son séjour à l'hôpital, a été affectée d'*acné* de la face.

Chez cette malade l'arthritis est accusée par les douleurs arti-

culaires et même un rhumatisme articulaire, par la gastralgie, le pityriasis du cuir chevelu ; la lésion utérine ne présente rien d'extraordinaire, c'est une érosion présentant plus que des granulations, puisque ce sont des fongosités ; il est à remarquer que cette malade, offrant les attributs du tempérament lymphatico-sanguin, et fortement colorée, n'a jamais eu de métrorrhagie.

Observation X.

Affection : *Métrorrhagie à répétition.* — Diathèse : *Arthritis, douleurs articulaires, urticaire.*

Au nº 24 de la salle Sainte-Claire (hôpital Lariboisière) est entrée, le 22 novembre 1860, une femme de 52 ans.

Antécédents. A diverses reprises *douleurs rhumatismales* et *boutons* sur la peau avec vives démangeaisons semblables à des piqûres d'*orties*, et durant une huitaine de jours.

Antécédents utérins. — Jamais d'enfants ni de fausse couche. Depuis nombre d'années elle est sujette chaque printemps à des *métrorrhagies* qui duraient un mois environ. La ménopause a eu lieu il y a cinq ans, et depuis un mois perte très-abondante de sang pur fortement coloré, accompagnée de douleurs hypogastriques et lombaires.

Etat actuel. — Pâleur, maigreur. M. Moissenet ne constata aucune lésion ni au toucher ni au spéculum.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade fut prise de *douleurs* très-vives dans plusieurs articulations sans gonflement ni rougeur.

Nous avons mis cette malade dans la catégorie des arthritiques à cause des douleurs articulaires auxquelles elle est sujette, et à cause de l'éruption d'urticaire dont elle est atteinte ; cette femme n'a jamais eu ni enfant, ni fausse couche, elle a dépassé l'âge du fonctionnement de l'utérus, elle n'a pas de cancer et cependant elle a une métrorrhagie chronique. A quoi donc rattacher cette métrorrhagie si ce n'est à un état général qui me paraît être chez elle l'arthritis. Du reste, pour Stoll, Scudamore et M. Bazin, la métrorrhagie est un symptôme d'arthritis, maladie congestionnante par excellence.

Observation XI.

Affection : *Métrite chronique, métrorrhagie, catarrhe utérin, granulations, acné du col, érosion, ulcération.* — Diathèse : *Arthritis, prurit généralisé, eczéma des mains, angine granuleuse, prurit vulvaire, migraine.*

Mme M..., modiste, grande, fortement constituée, tempérament lymphatique très-accusé, est venue réclamer mes soins en 1863.

Parents. — Sa sœur a eu une blépharite, puis une kératite qui a laissé sur la cornée un albugo très-visible.

Antécédents. — *Migraine* à chaque époque menstruelle avec nausées. *Constipation*, *prurit généralisé*, *angine granuleuse*, *eczéma* manualis. Bien réglée avec douleurs vives le premier jour, le sang coule durant sept ou huit jours; il n'y a pas longtemps que l'écoulement durait trois semaines; il y a cinq ou six ans que se sont montrés les symptômes utérins et surtout une leucorrhée glaireuse; le Dr Jobert reconnut une ulcération du col, et pratiqua des cautérisations actuelles. Depuis quelque temps douleurs lombaires très-intenses, écoulement d'un liquide roussâtre.

État actuel. — Facies pâle, teint un peu bouffi, ténesme rectal et vésical, prurit vulvaire; au toucher col long, un peu mou, en rétroflexion, présentant quelques granulations, utérus sensible au ballottement; dans le cul-de-sac postérieur tumeur grosse comme un citron, que l'on sent très-bien par le rectum, présentant des battements, tumeur très-sensible au toucher, comme ligneuse, régulière, arrondie. Au spéculum, la cavité du col laisse échapper un liquide glaireux, légèrement roussâtre. Cette dame se plaint de gêne à la gorge et de sécheresse; je constate sur le pharynx des granulations très-grosses. Pendant deux années que je donnai des soins à cette malade, il survint sur le col des érosions, des *ulcérations*, des pustules *acnéiformes*; elle eut de plus une peritonite aiguë localisée, et qui, après avoir mis sa vie en danger, guérit heureusement.

Je tenais à ajouter à cette observation un peu plus que de l'état actuel, parce qu'ayant pu observer sur le col différentes éruptions, *granulations*, érosions, *pustules*, ce fait me semble prouver une fois de plus que les diverses lésions du col survenant pendant le cours d'un travail morbide s'opérant dans la cavité du corps ou du col de l'utérus ne sont la plupart du temps que des épiphénomènes d'une lésion mère.

Chez cette dame, c'est le catarrhe utérin qui me paraît la lésion principale, et ce catarrhe est sous la dépendance de l'arthritis, car la malade, peut-être scrofuleuse dans l'enfance (elle a une sœur qui a une blépharite et de la kératite), a présenté à différentes reprises des accidents rangés par M. Bazin dans la catégorie des affections arthritiques; eczéma des mains, pharyngite granuleuse, prurit généralisé, gastralgie, migraine; elle a présenté aussi ce symptôme que Stoll attribue à l'arthritis : prolongation des règles pendant vingt jours.

Observation XII.

Affection : *Noyau phlegmoneux sur le col utérin, névralgie utérine.* — Diathèse : *Arthritis, rhumatismes, céphalalgie, prurit podicis, lichen, pityriasis du cuir chevelu, constipation, dyspepsie, chlorose, palpitations, hystéricisme.*

La nommée X..., âgée de 24 ans, couturière, constitution médiocre. Tempérament nerveux, entrée le 7 juillet 1860 à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, nº 1.

Antécédents de famille. — Mère sujette aux *rhumatismes* et aux *varices.*

Antécédents personnels.— Dans l'enfance *gourme* sans adénite. Jamais d'épistaxis. Sujette aux *douleurs* dans les jointures, à des *picotements de l'anus et des parties génitales*, sans boutons, à la dyspepsie (pyrosis, pesanteur après le repas), au *pityriasis* du cuir chevelu, de la face. Constipation habituelle, palpitations répétées, *céphalalgie* très-fréquente, sujette à la boule hystérique, aux pleurs, aux douleurs névralgiques.

Antécédents utérins. — Menstruation régulière, dysménorrhée habituelle à chaque époque. Jamais ni enfant ni fausse couche. Jamais de métrorrhagie ni de leucorrhée, depuis trois ou quatre mois douleurs lombaires, tiraillements dans les aines, pesanteur sur la vessie et micturitions.

État actuel. — Facies naturel, peu coloré, peu d'embonpoint, petite plaque de lichen sur le col, *squames sèches* abondantes dans les cheveux, alopécie partielle. — Au toucher, utérus très-mobile, cul-de-sac postérieur libre. Le col vaginal conique paraît hypertrophié, mais en touchant avec soin, on sent à sa partie supérieure et antérieure un corps arrondi, sous-muqueux, glissant sur le col et sensible à la pression. Rien à noter à l'examen au spéculum.

Peut-être que cette malade a été scrofuleuse dans l'enfance, mais la simple mention, dans l'observation, de gourme sans adénite ne me permet pas de parler chez elle de scrofule, tandis que je rattache à l'arthritis ses *rhumatismes*, sa *céphalalgie*, sa *dyspepsie* et son *lichen circonscrit*, ainsi que son *pityriasis* du cuir chevelu et son *prurit podicis*. Au point de vue utérin, la lésion n'est pas due aux fonctions physiologiques de l'utérus, puisque la malade n'a jamais eu ni enfant ni fausse couche. Où donc est le point de départ des douleurs névralgiques et des symptômes utérins ? si ce n'est dans l'état général. Quant à la chlorose qui est accusée par les palpitations, les douleurs

névralgiques et l'hystéricisme, elle nous paraît devoir être rattachée à la diathèse principale plutôt que d'être considérée comme primitive.

OBSERVATION XIII.

Affection : *Métrite du col, leucorrhée, métrorrhagie, granulations.* — Diathèse : *Arthritis, douleurs musculaires, gonflement articulaire, crampes, sueurs, hémorrhoïdes, hystéricisme.*

Mme B..., 52 ans. Constitution moyenne. Tempérament lymphatique. Cette dame est la mère de la malade qui figure dans l'observation 19.

Antécédents. — Sujette depuis longtemps à des sueurs, à la céphalalgie, à l'oppression, à des *douleurs articulaires*, au flux *hémorrhoïdal;* depuis plusieurs années vertiges, affaiblissement de la vue, cataracte double ; soif, polyurie, il n'y a pas de sucre dans l'urine.

Antécédents utérins. — La ménopause a eu lieu il y a six ans. Depuis ce moment différents troubles nerveux, souvent douleurs lombaires et hypogastriques, de temps en temps, à la suite de fatigues, écoulement leucorrhéique et même *métrorrhagie, prurit vulvaire.*

État actuel. — Facies pâle, un peu bouffi. Dans ce moment cette dame se plaint de douleurs dans l'épaule droite, de douleurs lombaires et hypogastriques, et de *leucorrhée.*

Je constate des *hémorrhoïdes* externes; le corps de l'utérus est un peu gros, indolent au ballottement en rétroflexion, museau de tanche rouge, présentant des granulations. J'ai eu occasion de revoir cette dame, qui était complètement guérie de son utérus, mais qui venait me consulter (avril 1874) pour une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire gauche, gonflement et rougeur, craquements et douleur dans les mouvements du bras.

J'ai oublié de dire qu'il n'y avait pas d'affection du cœur appréciable chez cette malade.

Dans ce cas l'arthritis est manifeste si on s'en rapporte aux symptômes écrits en tête de l'observation ; mais ce qu'il y a de remarquable c'est l'affection du col se manifestant après la ménopause, sans qu'il paraisse y avoir eu de lésion utérine pendant la période de la menstruation. Je rappelle en terminant que la fille de cette dame (Obs. 19) a été traitée par moi d'un catarrhe utérin avec granulations et érosions.

OBSERVATION XIV.

Affection : *Hypertrophie, granulations du col de l'utérus, leucorrhée vaginale.* — Diathèse : *Arthritis, douleurs rhumatoïdes, hémicrânie, gastralgie, congestion faciale, eczéma capitis récidivant, angine granuleuse.*

La nommée V..., âgée de 36 ans, couturière, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Joséphine, n° 33. Constitution moyenne. Tempérament lymphatique.

Antécédents généraux. — Dans l'enfance *suintement* derrière les oreilles avec prurit. Sujette aux attaques de nerfs, aux démangeaisons, *eczéma* des deux oreilles et du cuir chevelu datant de vingt ans, paraissant et disparaissant. Douleurs *rhumatoïdes* dans la continuité des membres, énervement facile, sensation do *cheveu avalé*, *gastralgie*. Fréquents érysipèles de la face, hémicrânie avec douleurs lancinantes sans vomissements. Accouchée pour la première fois il y a 17 ans. Son enfant a eu une affection cutanée sur la tête très-tenace, et a maintenant de chaque côté du cou une dartre rebelle.

Antécédents utérins. — Il y a dix ans fausse couche de sept mois, à la suite de laquelle elle s'est levée sans prendre de repos. Depuis ce temps, pesanteur dans le bas-ventre, maux de reins, leucorrhée. Depuis huit ou neuf ans, règles venant deux ou trois fois par mois et durant cinq à six jours. Ces accidents utérins sont devenus beaucoup plus intenses depuis trois mois et s'accompagnent de gêne dans la marche.

État actuel. — Facies coloré, un peu violacé, facile à congestionner, bouffées de chaleur, embonpoint, les deux conduits auditifs sont oblitérés, la peau est vernissée, surdité légère.

Au toucher, col gros, pas de déviation utérine, pas de tumeur dans aucun cul-de-sac. Au spéculum, col gros présentant de petites granulations miliaires, catarrhe vaginal ; dans le cours du traitement il survint de l'acné du col.

Cette observation est intéressante par l'ensemble des symptômes de la diathèse ; douleurs, hémicrânie, congestion faciale, eczéma dans l'enfance caractérisé par un suintement, plus tard occupant le cuir chevelu et les oreilles, disparaissant facilement, l'hemicrânie, la gastralgie. Je signalerai aussi la coexistence des granulations pharyngées et du col utérin, qui furent remplacées par de l'acné du col. Les granulations sont indiquées avec des caractères qui les différencient des granulations scrofuleuses, elles sont petites, miliaires ; malheureusement l'obser-

vation ne fait pas mention du caractère des granulations du pharynx.

OBSERVATION XV.

Affection : *Métrite du col, rougeurs, granulations, leucorrhée.*—Diathèse : *Arthritis, gastralgie, érythème, métrorrhagie, herpès phlycténoïde, angine granuleuse.*

Mme C..., 36 ans, forte constitution. Sujette à des attaques d'hystérie, à la *céphalalgie*, à la *gastralgie*. Il y a cinq ans, *urticaire*; elle est sujette à des *éruptions cutanées* caràctérisées par des taches rouges assez larges, sans démangeaisons. Il y a cinq ans *métrorrhagie*. Elle est sujette à l'*enrouement*, et a quelquefois des *boutons* qui s'ouvrent et suppurent sur les grandes lèvres. Fréquentes névralgies dans l'un ou l'autre flanc. Souvent toux qui dure tout l'hiver et s'accompagne d'enrouement.

État actuel. — Facies violacé avec quelques taches plus foncées çà et là. Elle accuse de la *leucorrhée*, douleurs lombaires, ballonnement du ventre, ténesme vésical. Au toucher, utérus en antéversion, lourd, douloureux au ballottement, vagin baigné d'un liquide crémeux, le col de l'utérus est presque effacé, le museau de tanche rouge présente des granulations. Granulations sur le pharynx. Pendant le cours du traitement cette dame eut à diverses reprises de la névralgie iléo-lombaire et de l'herpès de la vulve. Sa fille avait eu auparavant sous nos yeux de l'herpès de la cavité buccale (lèvres, pharynx et amygdales).

Dans cette observation, la diathèse est accusée par le facies, l'habitus de la malade, la *gastralgie* et le caractère des éruptions auxquelles elle est sujette : *urticaire* et *érythème*, *herpès* de la vulve, *granulations* du pharynx, névralgies iléo-lombaires.

Malgré l'absence de rhumatisme musculaire ou articulaire, nous pensons qu'il s'agit bien là d'une personne arthritique et que c'est sous l'influence de l'arthritis que s'est montré le catarrhe utérin, puis les érosions et les granulations rencontrées chez cette malade.

OBSERVATION XVI. (Communiquée par mon ami le Dr Caulet.)

Affection : *Catarrhe utéro-vaginal.* — Diathèse : *Arthritis, rhumatisme articulaire récidivant.*

Mme X..., 32 ans, venue aux eaux de Saint-Sauveur en juillet 1873. Cette dame, d'un tempérament nerveux très-prononcé, a eu un grand nombre d'attaques de *rhumatisme articulaire* aigu ou subaigu, dont la

première s'est déclarée à l'âge de 16 ans. Du plus loin qu'elle se souvienne elle avait de la *leucorrhée.*

Antécédents utérins.—Menstruation difficile jusqu'à la première grossesse. C'est du deuxième accouchement que date la maladie utérine (il y a dix ans), les symptômes ont consisté en un écoulement visqueux, jaune verdâtre, empesant le linge, d'une extrême abondance et provoquant souvent des excoriations de la vulve et du périnée. M. Nonat, consulté en 1860, diognostiqua une rétroversion, une métrite interne, des granulations du col. Chloro-anémie et dyspepsie. Chronique et continue dans sa durée et sa marche, la maladie est sujette à des exacerbations pendant lesquelles l'écoulement se tarit en même temps que les douleurs lombo-abdominales, et tous les malaises prennent un caractère aigu. Mme X... insiste sur ce fait, que c'est surtout dans *le cours des attaques de rhumatisme*, lesquelles viennent tous les hivers et ne durent pas moins de quatre à cinq semaines, que les accidents utérins présentent le maximum d'intensité, et notamment que les douleurs des reins sont le plus pénibles et l'écoulement utéro-vaginal le plus abondant.

Etat actuel. — A son arrivée à Saint-Sauveur, Mme X... est très-faible et amaigrie ; irritabilité extrême, hystéricisme, boule, spasmes, évanouissements, insomnie, céphalalgie habituelle, petits accès de fièvre quotidienne se répétant plusieurs fois par jour, douleurs lombaires avec irradiations névralgiques dans la fosse iliaque et l'aine gauche, *leucorrhée* utéro-vaginale très-abondante. Les règles viennent régulièrement tous les vingt-cinq jours. Rien d'anormal au palper hypogastrique. Au toucher, utérus en antéversion, libre d'adhérence et parfaitement mobile, col ramolli, entr'ouvert. Au spéculum, col sain, il sort de l'orifice un liquide albumineux d'une grande viscosité.

Il s'agit ici d'une personne manifestement rhumatisante et chloro-anémique, atteinte d'une métrite chronique, il est fâcheux seulement que l'observation ayant été prise surtout au point de vue de l'état actuel ne mentionne dans le passé qu'un seul des symptômes de l'arthritis, à savoir des douleurs dans les jointures ; on ne peut non plus savoir si la chlorose est primitive, cependant ce qui ferait penser qu'elle l'est, c'est que l'observation dit que la malade s'est toujours connue leucorrhéique.

Dans les huit observations de cette seconde catégorie, l'existence de la diathèse n'est pas aussi facile à démontrer que dans la première catégorie; les limites de l'arthritis ne sont pas si

nettes que celles de la scrofule, puis il y a des caractères qu'une observation ne peut pas reproduire, ou dont elle ne donne qu'une idée imparfaite, tels que le facies, l'habitus, l'embonpoint, etc. Voici comme se décomposent les principaux signes de la diathèse arthritique chez ces huit malades : j'ai rencontré dans six cas des douleurs rhumatismales ou articulaires, quatre fois la gastralgie, trois fois la migraine, six fois des dermatoses avec les caractères que M. Bazin attribue aux arthritides, deux fois l'angine granuleuse.

Nous verrons plus loin qu'un certain nombre de ces affections utérines attribuées par nous à l'arthritis seraient pour d'autres médecins sous la dépendance de l'herpétisme, ce qui tient à ce que la plupart des affections cutanées sont généralement attribuées à l'herpétisme plutôt qu'au rhumatisme et à la goutte associés ; qu'on admette ou non l'arthritis, il n'en reste pas moins constant pour nous que ces huit femmes dont nous venons de rapporter l'observation avaient une diathèse caractérisée par des douleurs articulaires, des dermatoses, des viscéralgies, des douleurs névralgiques, et que c'est à cette diathèse que nous attribuons le développement et l'entretien de leur affection utérine. (*A suivre.*)

REVUE DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

DE L'ATREPSIE DES NOUVEAU-NÉS (1)

Par le Dr Parrot,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Médecin de l'hospice des Enfants-Assistés.

(5e article.)

Ecchymoses gastriques. — On trouve dans certains cas assez rares sur la muqueuse gastrique des nouveau-nés morts d'atrepsie de petites taches rouges peu nombreuses ; leur nombre n'excède

---

(1) Leçons recueillies par M. le Dr Schwartz et publiées dans la *France médicale*. Voir t. II, pages 53, 133, 224 et 276.

pas dix ou vingt ; au niveau de ces taches le mucus est coloré en brun par du sang qui s'est échappé des vaisseaux par diapédèse. Cette lésion a peu d'importance par elle-même, mais elle est intéressante néanmoins parce qu'elle est le point de départ de petites ulcérations ou érosions qu'on peut appeler érosions gastriques hémorrhagipares. Ces érosions ont été entrevues par Billard qui pensait qu'elles pouvaient se produire dès les derniers temps de la vie intra-utérine. Cruveilhier les a décrites sous le nom d'érosions folliculeuses, terme qui implique une erreur anatomique. Rilliet et Barthez en ont observé un cas et leur ont donné le nom d'ulcérations à facettes.

Quand on fait une autopsie et avant que l'estomac soit ouvert, on peut déjà les apercevoir de l'extérieur par transparence; elles forment de petites taches brunes ardoisées qui maculent la paroi du viscère. Quand on a ouvert l'estomac (en suivant la grande courbure, comme c'est la règle), on peut constater les particularités suivantes : le siége de prédilection de ces érosions est la face antérieure de la région pylorique de l'estomac, rarement la grande courbure ou la paroi postérieure de cette même région. Au début, on aperçoit de petites érosions recouvertes, sur une épaisseur de 1 à 2 millimètres, par un mucus très-adhérent, présentant çà et là des taches brunes disséminées et quelquefois de larges nappes brunes constituées par du sang ; quand on a ôté le mucus, on découvre les ulcérations : elles sont petites, cupuliformes, toujours arrondies, d'un diamètre de 1/4 à 1 millimètre, rarement de 2 millimètres ; leur fond est grisâtre, la muqueuse voisine est saine ; quelquefois cependant, mais ces cas sont rares, une aréole rosée les circonscrit. Elles sont peu profondes ; leur profondeur dépasse rarement 1 millimètre, et n'atteint d'habitude que 1/3 à 1/4 de millimètre. Cette lésion se combine quelquefois avec le ramollissement gélatiniforme ; le suc gastrique, en effet, attaquant les points ulcérés, les élargit beaucoup ; la moindre traction les agrandit encore. Sur des coupes de pièces durcies on voit dans les cas légers la muqueuse déprimée, diminuée d'épaisseur ; les culs-de-sac de toutes les glandes périphériques sont injectés, mais cette injection disparaît, au niveau de l'ulcération elle-même. Là, la couche glanduleuse n'existe plus, le tissu conjonctif a proliféré et les éléments cellulaires de nouvelle formation ont étouffé les glandes. La couche sous-jacente, c'est-à-dire la tunique fibreuse qui est le

siége de cette prolifération, vient faire saillie dans l'aire de l'ulcération ; ces caractères témoignent qu'on a affaire à une gastrite. Ces érosions, telles que nous venons de les décrire, se rencontrent chez les enfants atrepsiés proprement dits.

Mais il existe une seconde variété de ces mêmes lésions, variété qui se rencontre dans des cas très-précis. On ne l'observe que chez les nouveau-nés atteints d'œdème, d'ictère, en général chez des avortons. Au premier abord, les ulcérations ont le même aspect que les précédentes ; mais, dès qu'on a enlevé la couche muco-sanguine, on aperçoit une petite saillie d'un jaune intense, très-éclatant, jaune-serin ou jaune-souci. A cette élevure, qui diminue peu à peu, succède une ulcération de la même couleur et dont la teinte est d'autant plus vive qu'elle-même est plus petite ; sur les grandes ulcérations cette teinte ne se voit qu'à la périphérie. La muqueuse, au lieu d'être grise, est rosée, rougeâtre et forme une sorte de collerette foncée autour de l'érosion. Au microscope, on trouve un réseau d'injection très-net autour des orifices glandulaires, les vaisseaux qui pénètrent dans l'ulcération sont plus petits et remplis d'une matière composée de granulations grisâtres, jaunâtres, de rhombes d'hématoïdine dus à la transformation de la matière colorante du sang et de corps sphéroïdaux fortement réfringents qui sont probablement un reliquat de la décomposition des hématies. C'est à ces éléments qu'est due la coloration jaune, et ce sont les ecchymoses qui donnent lieu à la formation de l'érosion. Tandis que dans la première forme l'ulcération est le point de départ des désordres, là le trouble nutritif a d'abord été ecchymotique avant d'être ulcératif ; les éléments altérés ont été attaqués par le suc gastrique qui a déterminé la perte de substance.

Chez les enfants plus âgés morts de rougeole, de choléra infantile, etc., on peut trouver des ulcérations identiques ne dépendant pas de l'atrepsie ; mais elles sont plus rares et moins confluentes.

Gastrite exsudative, adéno-membraneuse. — Cette gastrite se trouve non-seulement chez les nouveau-nés mais aussi chez les enfants plus âgés et les adultes. Elle présente deux formes : dans l'une la muqueuse est injectée, dans l'autre l'injection manque.

Première forme. — On voit à la surface de l'estomac une cou-

che pseudo-membraneuse, une véritable membrane croupale ressemblant à celle de la diphthérite laryngée. Cette fausse membrane, grisâtre ou blanchâtre dans certains cas, est tantôt étendue sur toute la surface stomacale, tantôt et beaucoup plus souvent elle est partielle et forme de petits îlots, de petites plaques de 1 à 3 centimètres de diamètre. Elle se détache ordinairement avec facilité sous un filet d'eau ; la muqueuse sous-jacente est à peine rosée et conserve d'habitude son ton gris normal ; mais elle est très-épaissie, les plis en sont très-marqués et rappellent les circonvolutions cérébrales ; l'épaisseur en est presque triplée ; elle est couverte d'un exsudat foncé, lie de vin parfois ; elle est tomenteuse comme du velours d'Utrecht et ne présente pas d'érosions. Cet exsudat occupe ordinairement les faces antérieure et postérieure de la grande courbure ; il est plus adhérent que la fausse membrane, et quand on l'arrache, quelques gouttelettes de sang sortent de la muqueuse. Au microscope, on constate des altérations dans la couche glanduleuse, couche qui constitue la muqueuse proprement dite ; les autres tuniques ne sont pas altérées ; le système vasculaire est très-congestionné, surtout au niveau des culs-de-sac glandulaires ; les veinules sont à ce niveau remplies d'hématies. Mais le fait capital est que les glandules ont considérablement augmenté de volume ; elles sont allongées, élargies en *infundibulum* dans leur portion supérieure qui est quelquefois triple du reste de la glande ; elles sont remplies d'épithélium, de cellules, de noyaux ; au milieu des glandes malades on en trouve d'autres qui sont restées saines. En somme, c'est à un catarrhe de la muqueuse qu'on a affaire. Les cellules épithéliales se sont épanchées comme un trop plein à la surface de la muqueuse gastrique en dehors des glandes, et ce sont elles qui forment la fausse membrane que nous avons décrite plus haut. Dans la couche profonde de cette fausse membrane on trouve des granulations graisseuses et des fibres ondulées qui ne sont autre chose que de la fibrine et du mucus. Mais à la surface les cellules glandulaires sont plus abondantes.

Deuxième forme. — Dans une seconde forme, la muqueuse est épaissie et la couche exsudative a la même composition que précédemment, sauf qu'elle renferme en plus des leucocytes. Mais la grande différence consiste dans l'état de la tunique glanduleuse. Les glandules, en effet, sont dilatées dans toute leur étendue, on

voit une injection vasculaire énorme qui masque tout et qui est surtout marquée à la base des glandes et à la surface de la muqueuse. L'exsudat est très-riche en leucocytes, la couche sous-muqueuse est altérée, elle est vivement congestionnée, remplie de leucocytes qui s'amassent et forment des ampoules; ces leucocytes s'épanchent au dehors isolément ou en groupes. Nous sommes donc là en présence d'une gastrite qui serait devenue phlegmoneuse si l'enfant avait vécu; c'est un début de gastrite phlegmoneuse.

Lésions intestinales. — Chez les enfants atrepsiés l'intestin est très-rarement atteint. Dans les cas rares où l'on constate des lésions intestinales, on les trouve identiques aux lésions stomacales; elle siégent sur les follicules clos du gros intestin et quelquefois de l'intestin grêle, toujours aux environs de la valvule iléo-cæcale.

Le foie est très-rarement altéré; il est rempli de sang, la vésicule pleine de bile, mais le parenchyme est rarement gros, excepté chez les enfants âgés quand l'atrepsie a suivi une marche rapide.

Lésions rénales. — Les lésions rénales sont excessivement importantes, très-fréquentes, plus fréquentes même que les lésions gastriques. Elles sont de trois ordres :

1° Les infarctus des tubules rénaux;

2° La stéatose de ces tubules;

3° Les lésions des vaisseaux du rein.

1° *Infarctus.* — Ce sont ordinairement des infarctus uratiques; on les trouve surtout chez les enfants qui ont présenté de l'œdème et de l'ictère. Les pyramides sont remplies d'une poussière jaune qui forme des sortes d'aigrettes dorées et ont la forme d'éventails; on peut les faire sortir des papilles par pression. Au microscope on voit les tubes de Bellini remplis d'amas de grains formant de véritables stalactites qui rappellent les stalactites de carbonate de chaux des grottes. On en trouve quelquefois dans des tubes de la couche corticale. Ces grains sont autant de cristaux formés par une masse sphérique qui à l'intérieur offre des rayons concentriques. Ce sont des cristaux d'urate de soude. Virchow pense que ce sont des cristaux d'urate d'ammoniaque; cela est

peu probable, car les urines sont acides chez les atrepsiés, et il faudrait qu'elles fussent très-alcalines pour que de l'urate d'ammoniaque se déposât.

La présence de ces infarctus constitue-t-elle un fait pathologique? Virchow le considère comme physiologique parce qu'on n'en observe qu'à partir du troisième jour, du troisième au vingtième jour; à la naissance les combustions organiques sont moins actives, incomplètes, et l'urate se déposerait dans le rein. Pour M. Parrot, les infarctus uriques sont pathologiques; on ne les trouve jamais chez les animaux qu'on a sacrifiés bien portants; on ne les trouve que chez les atrepsiés qui ont présenté de l'œdème; dans ce cas l'eau de l'urine est résorbée par les tubules du rein et les sels se déposent.

2° *Stéatose rénale.* — La stéatose rénale est très-fréquente, et quelquefois excessivement développée. C'est l'épithélium des gros tubes contournés qui se remplit de graisse; jamais les glomérules de Malpighi ni les tubes de Henle ne sont altérés. La stéatose peut envahir aussi, mais très-rarement, les tubes de Bellini; la graisse y est alors même peu abondante.

3° *Thrombose des veines du rein.* — Des coagulums se rencontrent dans les veines émulgentes, tantôt dans quelques ramifications seulement, tantôt dans le tronc tout entier, et ils peuvent même se prolonger jusque dans la veine cave. Le rein malade est volumineux, énorme; il est quelquefois double du rein sain. Le tissu en est rénitent, élastique, coloré en noir; les pyramides ont une teinte noire ou rouge. Sur une coupe on constate une injection énorme du système veineux. Jamais on ne trouve d'hémorrhagies dans les tubules. Les étoiles de Ferrein font saillie. Les caillots sont altérés à leur centre qui déjà a subi un ramollissement. Assez souvent on trouve en même temps de la stéatose des tubules; sur quelques reins on rencontre les trois lésions à la fois, infarctus, stéatose et thrombose.

Lésions de l'encéphale. — A l'état normal, le cerveau chez l'adulte est un organe parenchymateux dont la pulpe est soutenue par un substratum celluleux qui, en outre, porte les vaisseaux. La névroglie est constituée par un réseau de fibrilles qui, à leur point d'entrecroisement, présentent un amas de protoplasma pourvu

d'un noyau. A mesure qu'on se rapproche des circonvolutions, les fibrilles diminuent de quantité et le nombre des éléments figurés (noyaux, cellules) augmente. Dans la substance corticale on trouve des noyaux entourés de protoplasma et des corps vésiculeux. Pendant la vie intra-utérine, la névroglie forme la presque totalité de l'encéphale ; à la naissance elle est encore très-abondante ; on ne rencontre ni tubes nerveux, ni cellules nerveuses dans la couche corticale. On trouve, en outre, des corps granuleux (noyaux entourés de graisse mûriformes). M. Parrot préfère pour ces corps la dénomination de stéatocytes qui veut dire cellules graisseuses. A l'état physiologique il y a toujours des stéatocytes dans l'encéphale du nouveau-né ; c'est dans le corps calleux, près des hémisphères et à la périphérie des ventricules qu'on les trouve surtout ; ils diminuent de quantité et d'importance à mesure qu'on s'éloigne de ces points. Près des circonvolutions il n'y en a presque plus ; quelquefois on en trouve dans la moelle et d'une façon générale dans tous les points où doit se former de la substance blanche. On a longtemps considéré ces corps comme le signe d'un travail pathologique inflammatoire ; M. Parrot les considère comme normaux ; on en trouve chez des enfants sains qui sont morts avant terme ou à terme, ou qui ont succombé accidentellement sans maladie. C'est dans les deux à trois derniers mois de la vie intra-utérine qu'on constate leur présence. Il est difficile de savoir à quel moment ils commencent et cessent de se produire ; ils apparaissent probablement en même temps que les tubes à myéline ; M. Parrot les croit liés à l'évolution physiologique du système nerveux. Franz Ball a indiqué la présence d'éléments figurés (corps vecteurs), qui tirent du sang les particules graisseuses pour les porter dans les régions du système nerveux où doivent se développer les tubes à myéline qu'ils concourent à former. C'est pour cette raison qu'on n'en trouve pas dans la couche corticale. M. Parrot pense que ces corps vecteurs ne sont autre chose que des stéatocytes. La consistance du cerveau de l'enfant nouveau-né est molle ; il présente un certain état aqueux, un peu œdémateux ; il n'est pas poisseux, la coupe en est lisse et le parenchyme n'adhère pas au couteau ; il prend assez facilement la forme des vases dans lesquels on le met, et ne retient pas une forme typique ; il est donc très-malléable. C'est un organe imparfait, inachevé ; il ne sera complet qu'à six, sept ou dix mois ; c'est le

plus imparfait des viscères du nouveau-né. Il est dépourvu de cellules et de tubes à myéline, ce qui nous rend compte de l'état nerveux qu'on observe dans l'atrepsie. Il n'y a pas de délire chez les atrepsiés parce que manquent les éléments cellulaires qui sont nécessaires à la production du délire et qui ne se développeront que plus tard. Mais on observe chez eux des convulsions, c'est-à-dire une manifestation nerveuse des plus brutales, d'ordre inférieur, la moins en rapport avec l'intelligence, et qu'on trouve, ce qui n'est pas rare même, chez l'animal.

Les lésions de l'encéphale dans l'atrepsie sont de deux ordres suivant l'âge. Disons en passant que les phénomènes cadavériques y sont très-hâtifs et se montrent au bout de quelques heures.

Chez les avortons ictériques on trouve, enveloppant l'encéphale, une grande quantité d'eau, les méninges se décortiquent très-facilement; le viscère a une odeur d'acide sulfhydrique. Dans un grand nombre de cas on trouve, dans les parties profondes, de petites taches d'un gris blanchâtre semblables à des moisissures; c'est un état cadavérique. Ces taches consistent en granulations fines à mouvement rapide qui sont des vibrions vacillaires. En ces points la texture nerveuse a complètement disparu; souvent en même temps la putréfaction a commencé sur le reste du corps. L'encéphale est très-ramolli, a quelquefois l'aspect d'une vraie bouillie; mais nous le répétons tout cela est purement cadavérique.

L'atrepsie produit trois lésions pathologiques:

1° La stéatocytose;

2° Le ramollissement;

3° L'hémorrhagie de l'encéphale.

1° *Stéatocytose.* — On aperçoit à la surface des méninges de petites taches d'un blanc laiteux. Elles siégent dans l'arachnoïde et consistent en amas de corps gras; ce sont les éléments figurés de l'arachnoïde devenus graisseux. Il n'est pas d'encéphale de nouveau-né succombant à l'atrepsie qui n'en présente de semblables; dans des cas favorables, chez les avortons, la stéatocytose est appréciable à l'œil nu. A la périphérie des ventricules, ces taches sont un peu jaunâtres chez les ictériques, ou blanchâtres quand l'enfant est mort sans ictère. Elles sont de forme arrondie, irrégulières, déchiquetées sur leurs bords. Ces taches au

microscope sont formées par des stéatocytes très-avancées énormes, de véritables gouttes d'huile. Ces corps sont munis à leur centre d'un noyau ; quelquefois on trouve aussi de véritables stalactites graisseuses qui représentent des corps granuleux déformés. Cette stéatose s'observe également dans d'autres viscères, les reins, le poumon, le cœur. Cette altération est toujours symétrique ; c'est surtout dans les cornes occipitales qu'on la rencontre ; on peut l'observer ailleurs, mais jamais dans les circonvolutions, excepté chez des enfants plus âgés.

2° *Ramollissement.* — Il existe deux espèces de ramollissement : le ramollissement stéatogène et le ramollissement rouge.

1° *Ramollissement stéatogène.* Les noyaux de stéatose présentent ordinairement à leur centre une petite cupule déprimée remplie d'une substance semblable à du lait ; cette matière laiteuse est formée de corps granuleux détruits et d'un liquide. Cette cupule augmente d'étendue et devient une cavernule qui prend quelquefois un développement considérable ; elle peut s'étendre à presque toute la portion de l'hémisphère comprise entre l'épendyme ventriculaire et la couche corticale

2° *Ramollissement rouge.* Il est dû au développement de thromboses. Ces thromboses, qui se combinent souvent avec la stéatose, se développent pendant la vie et non pendant l'agonie ; on en trouve dans les veines de Galien, dans les veines du corps strié, dans leurs ramuscules. L'hémisphère est rempli d'une bouillie rougeâtre s'en allant sous un filet d'eau ; il reste des tractus nerveux et des vaisseaux remplis de sang coagulé. Ce ramollissement est ordinairement très-étendu ; il occupe quelquefois tout l'hémisphère, il est symétrique comme la stéatose. Il ne reste souvent d'intacts que les corps opto-striés et la partie corticale des circonvolutions qui sont disséquées. Il se fait, en outre, souvent des coagulations secondaires dans le cas où le malade avait déjà du ramollissement par stéatose.

Conséquences de ce ramollissement. — 1° Dégénérescences secondaires surtout si le ramollissement occupe le corps opto-strié ; il n'est pas rare de voir des dégénérescences secondaires occupant les pédoncules, les pyramides, la protubérance, le bulbe et même la moelle. 2° On rencontre souvent de l'hydropisie encéphalique

chez les enfants qui ont survécu un ou deux mois; l'encéphale contient une grande quantité d'eau qui s'épanche soit à la périphérie, soit dans les ventricules; l'hydropisie est donc externe ou interne. Cette hydropisie est due à l'oblitération des veines; c'est aussi une hydropisie *ex vacuo* déterminée par des lésions destructives de l'encéphale. Parfois le crâne est déformé, il coiffe la face, la tête est hydrocéphalique; quelquefois ce n'est qu'à l'autopsie que cette hydrocéphale est constatée. La résorption de la substance encéphalique peut être telle que les hémisphères soient détruits; on ne trouve plus alors que la base de l'encéphale et les enveloppes, une coque liquide, dont les parois sont formées par l'épendyme en dedans et les méninges au dehors. La vie est compatible avec ces lésions énormes.

3° *Hémorrhagie.* — A part les cas de traumatisme, c'est presque toujours l'atrepsie qui est la cause des hémorrhagies encéphaliques chez les nouveau-nés. Les hémorrhagies atrepsiques sont périphériques ou centrales; les périphériques se trouvent dans les parties déclives des méninges en dehors de l'épendyme et à la surface interne de cette membrane dans les ventricules. Les hémorrhagies centrales sont excessivement rares; elles occupent les circonvolutions. La plus fréquente de ces hémorrhagies est une petite hémorrhagie se produisant au point d'émergence de la veine du corps strié; presque toutes les hémorrhagies qui remplissent le ventricule viennent de ce point de départ. Le sang peut fuser jusqu'à la moelle après avoir rompu l'épendyme. On trouve quelquefois ces lésions anciennes en voie de réparation, de résorption. *(A suivre.)*

PERFECTIONNEMENT DE LA MÉTHODE DE TRAITEMENT INTRA-UTÉRIN DES FLEXIONS.

Par le Dr Éklund (de Stockholm).

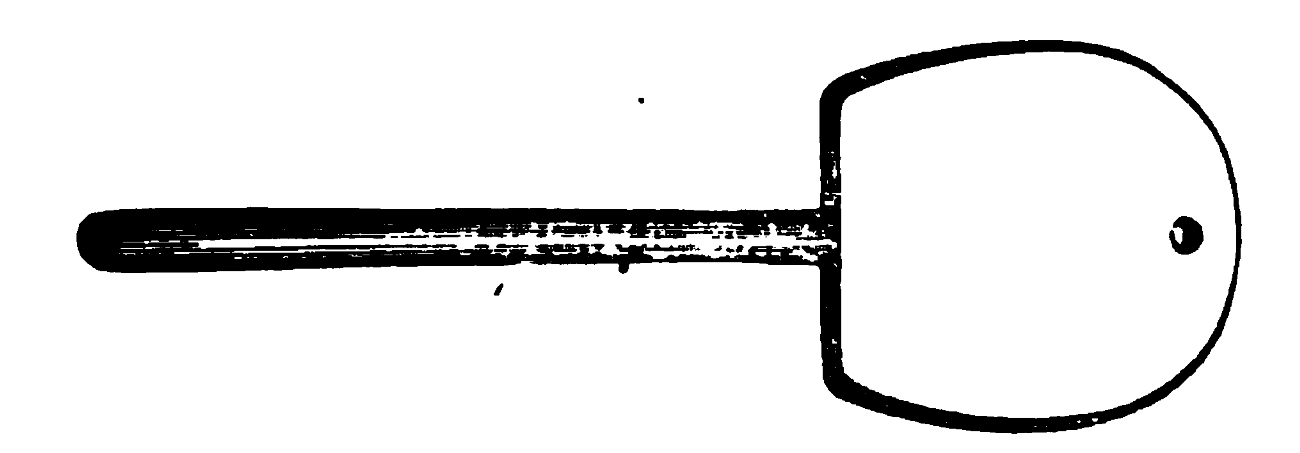
Ayant été récemment occupé à étudier avec soin le traitement des flexions utérines, et plus spécialement celui des rétroflexions, je voudrais volontiers fixer l'attention sur les avantages de la méthode intra-utérine du Dr Amann (de Munich).

Influencé par son travail « *Zur mechanischen Behardlung der*

versionen und flexionen das uterus, » j'avais fait faire une tige de caoutchouc vulcanisé variant en longueur de 4 centimètres et demi à 5, 5 1/2, 6, 6 1/2, 7, 7 1/2, 8 centimètres.

Après que l'utérus a été redressé au moyen de la sonde, la tige doit être introduite dans la cavité utérine aussitôt que la sonde a été retirée, comme pour *surprendre* l'utérus. S'il s'agit de traiter une rétroflexion, une valve du spéculum de Barnes est introduite et la lame qui supporte la tige doit être tenue fixée contre la paroi postérieure du vagin à l'aide du bout du spéculum (dans les antéflexions contre la paroi antérieure).

Deux tampons d'ouate que l'on peut retirer au moyen de fils sont alors introduits dans la cavité du vagin et un troisième



tout à fait au-dessous de la tige. Les tampons sont trempés dans une solution de tannate de fer dans la glycérine et l'eau ; ils doivent être changés après trois jours, mais avant d'en placer de nouveaux on doit faire une injection d'eau dans le vagin.

Les perfectionnements que j'ai introduits dans cette méthode sont les suivants :

1° Les tiges sont faites en zinc, de façon à produire un courant galvanique à travers l'appareil musculaire de l'utérus et les ligaments, qui a pour résultat de diminuer les douleurs, de fortifier les tissus relâchés et d'amollir ceux qui sont indurés.

2° Le zinc de la tige modifie favorablement la surface de la membrane muqueuse.

3° Enfin, l'addition du sel de fer est de la plus grande importance comme agent antiseptique.

J'ai obtenu, et j'obtiens incessamment encore de grand succès avec cette méthode. Non-seulement elle soulage les malades, mais souvent elle permet d'obtenir la guérison des flexions

utérines. Je me réserve de publier plus tard mes observations. (*The Obstetrical journal*, décembre 1874. Traduit de l'anglais, par le Dr A. Leblond.).

REVUE CLINIQUE

HOPITAL LARIBOISIÈRE.

SERVICE DE M. LE Dr TILLAUX.

TUMEUR FIBREUSE INSÉRÉE SUR LE FOND DE L'UTÉRUS. — SECTION A L'AIDE DE LA CHAINE D'ÉCRASEUR. — OUVERTURE DU PÉRITOINE. — PÉRITONITE. — MORT.

La nommée G... Louise, âgée de 32 ans, exerçant la profession de couturière, entre à l'hôpital Lariboisière, le 26 septembre 1874, salle Sainte-Jeanne, no 2, pour des pertes dont l'origine remonte à six ans environ. Depuis deux ans surtout les hémorrhagies sont devenues plus fréquentes et plus abondantes, et selon son expression, elle est constamment dans le sang. Elle accuse en même temps des douleurs dans le ventre et la région lombaire, douleurs qui se manifestent surtout aux époques menstruelles et que la malade compare à celles que l'on éprouve dans l'accouchement. « Il me semble alors, dit-elle, qu'une masse grosse comme les deux poings soit entre mes jambes. Je ne puis me tenir debout, et suis forcée de me coucher, tant à cause des douleurs, que de la gêne causée par la saillie de la tumeur. » Ajoutons que tous ces symptômes étaient fréquemment accompagnés de vomissements.

Rien d'anormal du côté du rectum; les selles sont régulières et la malade n'éprouve aucune difficulté pour aller à la garde-robe.

Sauf les douleurs assez vives qui surviennent aux époques menstruelles, la mixtion se fait bien et n'a jamais été entravée.

La malade est pâle, fatiguée, ses muqueuses sont décolorées ; elle présente en un mot tous les signes d'une anémie profonde.

En présence de ces faits, et après un examen sommaire, M. Tillaux diagnostique une tumeur fibreuse de l'utérus en voie d'expulsion.

Voici maintenant le résultat de l'examen complet, fait le 29 septembre.

La malade couchée sur un lit, les cuisses fléchies sur le bassin et écartées, on écarte les grandes et les petites lèvres, on voit apparaître immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire, une masse volumineuse, blanchâtre, présentant çà et là quelques taches rouges plus ou moins étendues, dont quelques-unes, par leur aspect noirâtre, rappellent tout à fait la teinte de l'ecchymose. D'après M. Tillaux, ces taches correspondent aux points par lesquels l'hémorrhagie avait lieu.

Un léger écoulement de sérosité sanguinolente se fait.

Le doigt entre la tumeur et la paroi vaginale ne peut arriver sur le pédicule ; il est, de même, impossible de sentir les lèvres du museau de tanche.

On n'arrive pas à un meilleur résultat après l'introduction du spéculum de Bozeman entre la tumeur et la paroi antérieure du vagin.

Libre d'adhérences dans toute l'étendue accessible au doigt, la tumeur est lisse, piriforme, à grosse extrémité tournée en bas. Elle est comme un peu rénitente, aussi M. Tillaux comptant sur la présence d'un kyste dans son intérieur, se proposa-t-il un moment de faire une ponction, afin d'évacuer le liquide, espérant, par là, diminuer d'autant son volume. Mais un nouvel examen lui fit bientôt perdre cet espoir.

Par la palpation à travers la paroi abdominale, on constate que la tumeur remonte à environ deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, et qu'elle dépasse la ligne médiane un peu plus à droite qu'à gauche.

Les mouvements imprimés à travers l'abdomen se transmettent au doigt introduit sur la tumeur par le vagin.

Peu ou pas de douleur à la pression.

Quels sont les rapports de la tumeur avec l'utérus? Telle est

la question qui se présente tout d'abord à l'esprit. Question embarassante à résoudre, eu égard au peu de précision des renseignements, fournis par l'examen direct.

L'utérus renversé faisait-il saillie à la vulve, repoussé par une tumeur fibreuse sous-péritonéale? C'était peu probable, car ces tumeurs se développent plutôt vers la cavité abdominale que vers celle de l'utérus.

Etait-ce un corps fibreux sous-muqueux, qui en grossissant aurait déprimé la muqueuse utérine et s'en serait coiffé. M. Tillaux s'arrêta à cette seconde hypothèse.

Quelle était dans ce cas la conduite à suivre.

Fallait-il s'abtenir? Mais c'était vouer cette femme jeune encore à une mort certaine, et cela dans un temps très-rapproché. Elle était épuisée par les métrorrhagies qui depuis six ans la tourmentaient et l'avaient obligée de garder le lit à diverses reprises, et une fois pendant six mois consécutifs.

La seule chance de salut était donc dans une opération, et une opération d'autant plus dangereuse qu'on était en présence de l'inconnu. Bref, après bien des hésitations et des explorations réitérées, M. Tillaux, vaincu par les instances de la malade, se décida à pratiquer l'extirpation de la tumeur.

Opération. — L'opération résolue, M. Tillaux se proposa d'attendre l'époque menstruelle et l'apparition des douleurs d'expulsion, espérant en profiter pour mener plus sûrement à bonne fin ses tentatives d'extirpation. Mais, les règles, contre son attente, ne furent marquées par aucun des symptômes annoncés par la malade et rien ne fut fait à ce moment.

L'opération eut lieu le 4 novembre, la malade couchée sur le bord du lit, et endormie, M. Tillaux saisit alors la tumeur avec des pinces de Museux et commença à exercer des tractions sur elle, dans le but de la faire sortir hors du vagin. Il ne put d'abord y parvenir, et se proposait de faire un débridement de chaque côté de la vulve, lorsque sous l'influence de nouvelles tractions, modérées cependant, le périnée céda tout à coup et la tumeur sortit complètement.

Une incision fut faite avec le bistouri sur la tumeur. Le doigt porté aussi haut que possible dans le vagin, M. Tillaux

crut reconnaître qu'elle avait son pédicule sur la lèvre postérieure du col.

Dès lors, il n'hésita plus un seul instant; au lieu de continuer à se servir du bistouri, craignant une hémorrhagie, il acheva la section avec une chaîne d'écraseur, laquelle, allant se loger au delà du point d'implantation de la tumeur, sectionna tout le fond de l'utérus renversé.

Une hémorrhagie abondante survint, qu'on ne put arrêter que par la torsion et la ligature d'un certain nombre d'artères d'assez gros volume, et par l'application de perchlorure de fer à la surface de la plaie. Le tamponnement du vagin fait, la malade fut reportée à son lit.

M. Tillaux, après quelques hésitations, n'*ayant voulu faire aucune exploration*, crut avoir enlevé, avec la tumeur, une portion de la lèvre postérieure du col utérin. Il ne reconnut son erreur qu'à l'autopsie.

Pendant la journée et la nuit qui suivirent l'opération, la malade souffrit beaucoup. Le lendemain matin, 5 novembre, à la visite, le ventre était douloureux, légèrement tendu; le thermomètre accusait 39°4 ; des vomissements survinrent, et le lendemain à onze heures du matin, la malade succombait à une péritonite suraiguë.

Autopsie. — A l'autopsie on trouve les intestins distendus par des gaz, injectés de sang, et baignant dans du pus accumulé dans le petit bassin.

On reconnut que la tumeur, au lieu d'avoir son point d'implantation sur la lèvre postérieure du col, s'insérait directement au fond de l'utérus, lequel avait été complètement enlevé ainsi que la surface péritonéale correspondante. Le doigt introduit à travers le vagin, arrivait directement dans l'abdomen. Il est difficile de savoir au juste où est le col utérin. On voit toutefois, sur la pièce étalée, une ligne légèrement saillante qui doit lui correspondre.

La tumeur, de nature fibreuse, a 23 cent. de hauteur, sur 22 cent. de circonférence.

Une section selon sa hauteur laisse voir dans son intérieur des fibres entre-croisées dans tous les sens, d'un blanc rosé.

Ces fibres circonscrivent dans leurs intervalles des trabécules plus ou moins grands, dont quelques-uns atteignent les dimensions d'un gros pois ou d'une noisette. Ces trabécules sont remplis par de la sérosité qui s'écoule à la coupe. La tumeur était presque exclusivement constituée par des fibres musculaires lisses.

[Cette observation a été lue par M. Tillaux à la Société de chirurgie, dans la séance du 25 novembre dernier. Elle a donné lieu à une discussion importante que nous publierons dans un de nos prochains numéros.]

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG.

Torsion du pédicule des ovaires. -- M. le professeur Kœberlé entretient la Société d'une particularité anatomique que, dans ses opérations, il a souvent déjà rencontrée et qu'il a observée de nouveau, dans toute sa netteté, au mois de mai dernier, c'est la *torsion du pédicule des ovaires*. Ce phénomène lui paraît avoir un réel intérêt, tant au point de vue séméiotique qu'au point de vue anatomique. Certains organes du bassin, plus ou moins pédiculés, tels que les ovaires et la matrice, peuvent, dans les mouvements de décubitus latéral, subir des inflexions et des rotations sur leur axe, plus ou moins grandes, selon les mouvements de l'individu. Ces mouvements de rotation peuvent aller jusqu'à de véritables torsions.

Quoique Rokitansky ait, depuis longtemps déjà, signalé ces faits à propos des pédicules des kystes de l'ovaire, M. Kœberlé croit que cependant il n'ont pas été remarqués, ni assez étudiés dans leur mode de formation et leurs conséquences.

La torsion du pédicule des ovaires arrive lentement ou brusquement ; dans le premier cas, les suites en sont vagues et sourdes ; dans le second, au contraire, il se produit des signes qui rendent le diagnostic possible, ce sont la douleur et le développement rapide d'une tumeur kystique.

Ces cas à invasion brusque arrivent généralement dans la période menstruelle et correspondent au moment où un caillot se développe

dans l'ovisac, et où, par un mouvement brusque de latéralité de l'individu, l'ovaire, alors plus lourd, plus volumineux et d'une forme irrégulière, subit une impulsion de rotation.

Ils sont annoncés par une douleur subite et prolongée dans le bas-ventre d'un côté, accompagnée d'un engourdissement dans la cuisse correspondante. La malade ressent aussi le plus souvent une sensation douloureuse dans la région rénale. La douleur peut être continue et très-vive, au point de ne pouvoir être calmée que par des injections de morphine répétées à de courts intervalles; ordinairement cependant elle finit par se calmer petit à petit. On observe parfois des vomissements. La douleur se ravive par intervalles, le plus souvent à l'époque menstruelle. Cela correspondant au moment où, sous la pression excessive de la lymphe ou du sang veineux qui ne trouvent plus d'issue, les vaisseaux sont distendus et se rompent même en donnant lieu à la formation d'épanchements lymphatiques ou sanguins. La congestion permanente de l'ovaire dispose d'autre part à la formation des kystes albumineux.

La torsion, en effet, a intercepté plus ou moins la circulation dans le pédicule; en deçà du point tordu les vaisseaux sont normaux et affaissés, mais au delà ils se dilatent et prennent un développement même considérable.

Le degré de torsion est variable : dans les cas les plus prononcés que M. Kœberlé ait vus, il y avait une torsion de deux tours et même de deux tours et demi.

Dans un cas de ce genre, les douleurs furent si intolérables que, pour en débarrasser la malade, M. Kœberlé dut faire l'ovariotomie, et cependant la tumeur n'était pas plus grosse qu'une tête d'enfant.

La tumeur qui se produit consécutivement à la torsion du pédicule se développe plus ou moins rapidement et par le mécanisme indiqué tout à l'heure; c'est un kyste ordinairement uniloculaire, à contenu brunâtre et hémorrhagique, quelquefois rempli de lymphe coagulable, par opposition aux kystes séreux et albumineux, dont le contenu ne se coagule pas.

A partir de ce moment, le diagnostic peut acquérir une certaine certitude.

Voici le dernier cas opéré par M. Kœberlé, la torsion fut très-forte et les symptômes aussi nets que possible.

Dans un cas, la circulation a été tout à fait interceptée et l'ovaire s'est entièrement détaché de ses attaches. Cependant, par les extravasats sanguins qui s'étaient formés à la surface du kyste, ce dernier avait contracté des adhérences vasculaires avec les organes voisins et y avait puisé les éléments de son accroissement ultérieur.

M. Strohl demande si dans ces cas de séparation totale de l'ovaire de son pédicule on a pu suivre la marche de l'affection et ce qu'est alors devenu l'ovaire.

M. Kœberlé répond qu'on n'a pas encore observé de séparation complète de l'ovaire, *indépendamment* de toute attache. Quand l'ovaire est adhérent à l'épiploon ou à quelque autre organe, il continue à se nourrir, par l'intermédiaire des vaisseaux, des adhérences, comme il vient de le dire.

M. le professeur Schützenberger a observé, il y a de longues années déjà (c'était l'époque où M. le professeur Michel était chef des travaux anatomiques), la torsion d'un utérus atteint d'une grosse tumeur fibreuse, mesurant environ 30 centimètres de diamètre.

Cette femme avait éprouvé tout à coup, en se retournant dans son lit, une douleur extrêmement vive, avec prostration, pâleur, petitesse du pouls, lypothymie.

A sa mort, survenue quelques temps après, on trouva que la matrice et le vagin avaient fait un tour entier sur eux-mêmes.

Dans le fond de la matrice il y avait une congestion énorme et des suffusions sanguines sous-péritonéales.

M. Kœberlé dit avoir observé quatre cas de torsion de tumeur fibreuse et avoir diagnostiqué la lésion dans les trois derniers cas.

(*Séance du 7 mai* 1874, *Gaz. méd de Strasbourg.*)

Tuméfaction utérine. — Difficulté du diagnostic. — M. le docteur Meyer (de Fegersheim) fait part à la Société d'une observation intéressante qu'il fit au mois de mars dernier sur une fille de 58 ans, atteinte d'une tuméfaction utérine, dont il a peine à s'expliquer la nature.

Cette femme, qui n'avait jamais eu d'enfant et dont la ménopause s'était faite depuis environ dix ans, s'était présentée à sa consultation, se plaignant d'amaigrissement, du développement de son abdomen depuis plusieurs mois et de l'écoulement par le vagin d'un liquide qui la mouillait presque sans cesse.

Il trouva, en effet, la malade amaigrie, quoique ses fonctions digestives fussent assez bonnes.

Au palper abdominal, la matrice, développée régulièrement, remontait jusqu'à l'ombilic et était molasse, indolore, sans bosselures, pas extraordinairement pesante et se terminait en haut par un rebord transversal, arrondi aux deux extrémités.

Au toucher vaginal il trouva le col utérin remonté dans le ventre comme dans une grossesse ordinaire.

Le col a environ 3 centimètres de long; l'orifice externe entr'ouvert laisse passer le bout de l'index, qui s'engage aussi dans l'orifice interne, sans rien distinguer dans la cavité utérine qu'une ample dilatation.

[illegible] ueur de 15 à 20 centimètres, sans
[illegible] sans être déviée.
[illegible] et entr'ouverte pour dilater
[illegible] seulement il s'échappe tou-
[illegible]

[illegible] d'explorer avec le
[illegible] indications.
[illegible] et litigieux,
[illegible] Société, et il de-
[illegible] calement et
[illegible]

[illegible] des mou-
[illegible] durant l'ex-
[illegible]

[illegible] de laté-
[illegible]
[illegible] un
[illegible] à femme
[illegible]

[illegible] et qu'on
[illegible] le li-
[illegible] de l'uté-
[illegible]

[illegible] à
[illegible] avec soin.

[illegible]

ide habituellement séreux, mais parfois purulent; le développement de l'utérus était à peu près pareil à celui de la femme d'aujourd'hui.

Un beau jour il assista à l'expulsion d'une tumeur polypiforme, ressemblant à un gros chou-fleur. Cependant, comme il ne s'occupe pas de micrographie, il ne peut dire si c'était là une production carcinomateuse ou une simple végétation. La malade succomba à une infection putride.

M. le docteur Ed. Lauth ne peut admettre l'explication de M. Strohl.

D'abord, parce que dans les môles il y a des hémorrhagies, et la malade de M. Meyer n'en a pas eu; puis, qu'alors la paroi utérine est molle et présente une espèce de fausse fluctuation, ce qui n'a pas été le cas ici; en troisième lieu, parce qu'on y observe l'expulsion de débris de kystes hydatiques; et enfin, parce que le développement de ces kystes est lié à un travail de la caduque, travail difficile à admettre à l'âge où est arrivée cette femme.

M. Strohl objecte que les hydatides sont des germes ou des produits de grossesse dégénérés; or, dit-il, la grossesse ne pourrait-elle pas avoir eu lieu il y a dix ans ou à l'époque où la conception était encore possible, et les phénomènes n'être devenus différents que parce que la ménopause a apporté une modification à la vie utérine? (*Séance du 7 mai 1874.*) (*Gaz. méd. de Strasbourg.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Etude sur la menstruation au point de vue de son influence sur les maladies cutanées (1), par le Dr Danlos, interne lauréat des hôpitaux de Paris, préparateur au laboratoire de chimie biologique de la Faculté de Paris, etc.

La relation intime qui existe entre la menstruation et les maladies cutanées n'a point donné lieu jusqu'à présent à des travaux importants. C'est à peine si l'on trouve dans les auteurs qui ont écrit sur les maladies de la peau et qui font autorité dans la science quelques indications sur l'influence de la menstruation sur ces maladies. Aussi, bien que l'auteur ne nous fournisse pas une étude complète sur ce sujet, nous ne l'en félicitons pas moins d'avoir soulevé cette question importante. Nous savions déjà par les ouvrages de Hébra, de Scanzoni (2) et de Gallard (3) que les affections utérines donnent

(1) Thèse de Paris, 1874.

(2) Scanzoni. *De la métrite chronique.* Trad. Sieffermann, 1873, Paris, 1866.

(3) Gallard. *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, p. 313, Paris, 1873.

lieu dans un certain nombre de cas à des éruptions que ces auteurs ont parfaitement décrites. Il n'est donc pas surprenant que la menstruation ait une influence semblable et détermine dans certains cas des éruptions vers le tégument externe ou modifie celles qui existent déjà.

L'auteur, après avoir successivement étudié l'influence des règles 1° à l'époque de la puberté, 2° pendant la période de la vie sexuelle, 3° à l'âge de la ménopause, arrive aux conclusions suivantes :

« Il existe une sympathie manifeste entre l'appareil utéro-ovarien et le système tégumentaire.

« Cette sympathie se traduit soit par des éruptions, dont le début coïncide avec les époques menstruelles ou avec le développement de troubles utérins, soit par la disparition d'un état morbide de la peau. lorsque s'établit la puberté ou que cessent des accidents dysménorrhéiques.

« Pour l'expliquer on pourrait dire que les affections de la peau ont, par leur mobilité urticaire, par leur caractère hypéresthésique (herpétides), une certaine analogie avec les affections nerveuses, et que, de tous les systèmes organiques de l'économie, le système nerveux est celui qui reçoit le premier contre-coup des troubles utérins (hystérie). On serait ainsi conduit à voir dans les manifestations cutanées, liées à la menstruation ou à ses désordres, des névroses réflexes.

« Ajoutons que cette sympathie n'est pas évidente chez tous les malades, et même qu'on ne l'observe, du moins à un haut degré, que dans un nombre de cas assez limité. » A. L.

Du tétanos puerpéral consécutif à l'avortement et à l'accouchement, par le Dr Lardier (1). L'auteur dans ce travail n'a point fait une étude complète de la question, il a simplement recueilli et analysé la plupart des cas qui ont été publiés sur ce sujet. C'est la comparaison de ces différentes observations qui a servi de base aux réflexions de l'auteur.

Voici les conclusions du travail de M. Lardier :

I. Le tétanos puerpéral, plus fréquent chez les multipares que chez les primipares, ne doit être confondu, ni avec l'hystérie, ni avec l'éclampsie, ni avec la tétanie.

II. Il ne doit pas être pris non plus pour un tétanos traumatique ordinaire, car, si la plaie utérine est indispensable à sa production, l'impressionnabilité nerveuse liée intimement à l'état puerpéral joue un rôle important.

(1) Thèse de Paris, 1874.

III. Les symptômes du tétanos puerpéral sont à peu près les mêmes que ceux du tétanos traumatique.

IV. Parmi les causes occasionnelles, outre le refroidissement, l'hémorrhagie, le tamponnement, les rétentions placentaires, les traumatismes en général, qui sont reconnues par tous les observateurs, il faut accorder une plus large part qu'on ne l'a fait jusqu'à présent aux émotions morales.

V. L'hypothèse de Simpson sur la production d'un poison analogue à la strychine ou à la brucine, hypothèse relatée et reprise par différents auteurs, doit être rejetée.

VI. Le pronostic comme dans le tétanos traumatique est très-grave.

VII. Il n'y a pas de traitement spécifique pour le tétanos puerpéral. Outre les moyens préventifs, le chlore à l'intérieur ou en injection intra-veineuse, vu son action sur l'organisme, doit être recommandé.

A. L.

VARIÉTÉS.

CORRESPONDANCE.

Monsieur le Rédacteur,

Je vous serai obligé de bien vouloir insérer dans votre Revue les quelques lignes qui suivent, pour tâcher d'effacer, autant qu'il est possible, l'impression défavorable que dans l'esprit du public médical français, aura produit la notice bibliographique que M. le Dr Dupuy a publiée dans les *Annales de Gynécologie* du mois d'août dernier et qui est consacrée à mon *Traité d'accouchements*, publié à Paris, chez M. Asselin.

M. le Dr Dupuy commence sa critique en disant que sa déception a été grande après avoir parcouru mon ouvrage dans lequel, selon lui, j'avais promis d'initier le public médical français à l'état de la science obstétricale dans mon pays, de n'y avoir absolument rien trouvé qui pût avoir quelque rapport avec la façon dont les accouchements sont pratiqués au Brésil. M. le Dr Dupuy n'a certainement pas compris ma pensée. Quand dans la préface de mon livre j'ai dit qu'ayant écrit cet ouvrage dans la langue du beau et noble pays de France, mon seul but était de donner une idée, quoique imparfaite, de l'état de l'obstétrique dans mon pays, et loin de moi était la pensée de chercher à instruire ceux qui avaient été mes maîtres, et encore moins de vouloir dire que l'art des accouchements était suivi et pratiqué ici d'une façon originale ou spéciale. Je voulais seulement montrer les connaissances que nous avons à ce sujet, car il est bien clair que tributaires de l'école française, c'est dans ses livres que nous avons puisé nos meilleurs préceptes. Je voulais faire ressortir que ces préceptes

unis aux connaissances que nous avons acquises par les ouvrages anglais et ceux des États-Unis ne nous laissent pas trop en arrière dans les sciences médico-obstétricales.

M. le Dr Dupuy trouve que le style révèle tout au plus une origine espagnole. Je regrette vivement de n'avoir pu, comme étranger, écrire mon livre dans le style et avec la beauté de langage de tant de savants et d'hommes illustres de son généreux et admirable pays. C'est pour cela que j'ai prié M. Asselin de ne pas le publier sans l'avoir préalablement fait corriger de façon qu'il se trouvât en harmonie avec la langue française. M. Asselin m'a écrit en me disant que M. le Dr Corlieu avait bien voulu se charger de ce soin. Le style donc ne devait pas trop se ressentir de l'origine espagnole de son auteur; d'ailleurs, telle n'est point mon origine; et dans mon pays l'on parle la langue portugaise qui est aussi différente de l'espagnole que celle-ci l'est de la langue latine.

M. le Dr Dupuy trouve que je n'ai pas été toujours bien indulgent pour quelques-uns de ses compatriotes, et surtout pour Cazeaux, qui, d'après moi, ne serait qu'un plagiaire, et à l'appui de cette idée il cite le passage suivant de la préface de mon livre : « Toutes les doctrines contenues dans le *Traitement d'accouchements*, de Cazeaux, sont du professeur P. Dubois, ou se rencontrent dans les ouvrages de Lachapelle, de Gardien et de Velpeau. » Il suffit de lire les lignes de ma préface qui se trouvent au-dessus de ce passage pour se convaincre que je n'ai pas manqué de respect à un auteur dont l'ouvrage a toujours été consulté par moi avec grand succès.

Ainsi, je me suis efforcé de dire que je n'allais rien innover, que je n'avais pas la prétention de présenter une nouvelle science obstétricale, et que le mérite d'œuvres didactiques, comme la mienne, qui sont faites avec des idées puisées à diverses sources, consiste bien souvent à exposer les questions d'une façon méthodique et claire. Où donc est le manque d'indulgence, quand c'est moi au contraire qui demande l'indulgence de ceux qui liront mon ouvrage !

Ayant prévenu le lecteur que je n'étais pas créateur d'un art obstétrical nouveau, j'ai dit à la fin de la préface, que le lecteur, dans chacune des trois parties que comprend cet art, trouverait beaucoup d'objets et d'idées qui ne se trouvent pas dans les traités et recueils les plus renommés, etc... Faisant allusion à ce passage, M. le Dr Dupuy dit qu'ayant cherché avec soin ces objets et ces idées, il éprouva une nouvelle déception, parce que les innovations sont rares, et ce qui pis est souvent peu heureuses et témoignent de l'inexpérience du novateur. D'abord, la rareté ne prouve pas l'absence complète, et puis, je ne trouve pas très-juste et décisif l'exemple qu'il présente pour justifier cette complexe appréciation; si, en effet, les idées si brillantes de M. le professeur Pajot, sur le mécanisme de l'accouchement, ont été ac-

ceptées et reproduites dans les manuels élémentaires d'obstétrique, il n'en est pas moins constant qu'elles n'ont pas été mentionnées dans les ouvrages anglais, ni dans les travaux classiques de Jacquemier, de Chailly, de Cazeaux, ni dans le traité plus récent de Joulin.

Or, ne m'attendant pas à ce que mon ouvrage serait lu seulement par les élèves de mon ancien professeur M. le Dr Pajot, l'idée m'est venue de dire que je devais considérer ce mécanisme sous un autre point de vue, sans vouloir toutefois m'attribuer cette simplification, ni prétendre dissiper l'obscurité de la classification des présentations et des positions du fœtus, par la proposition que l'accouchement s'opère absolument et toujours par le même mécanisme et que l'on peut décomposer celui-ci en cinq temps.

Sans me considérer comme novateur et écrivain original, si cependant le Dr Dupuy avait voulu être plus bienveillant et plus juste envers moi, il aurait trouvé : 1o dans la première partie de mon livre, la nouvelle description de la structure de l'utérus, de l'ovaire et du vagin, laquelle, connue en France, est cependant ignorée par la plupart des accoucheurs de mon pays; 2o dans la deuxième partie, quelques idées nouvelles sur la cause de la menstruation et de sa périodicité, sur la cause des présentations et des positions du fœtus, et aussi sur la cause à laquelle on attribue, chez nous, la fièvre de lait; 3o dans la troisième partie enfin, quelques considérations sur les causes des viciations pelviennes caractérisées par excès d'amplitude ou par rétrécissement absolu, et sur les raisons qui doivent porter à préférer le forceps à la version dans les bassins viciés; puis le nouveau procédé Lazzarewich pour provoquer l'accouchement prématuré, ainsi que la méthode de Credi pour opérer la délivrance. Je citerai encore les chapitres consacrés non-seulement aux maladies de la grossesse, mais encore ceux qui sont relatifs à l'obstacle causé par le fœtus et ses annexes, lesquels, dit du reste M. le Dr Dupuy, ont été décrits avec precision et d'une manière très-complète. Ainsi donc, nous ne pensons pas que l'on puisse nous reprocher de n'avoir pas fourni d'idées qu'on ne voie pas dans les traités les plus renommés.

Bien que combattant la théorie par laquelle Cazeaux explique la cause de la rotation interne dans le troisième temps de l'accouchement par le sommet, j'ai eu soin d'ajouter qu'elle mérite cependant d'être prise en sérieuse considération. M. le Dr Dupuy finit en disant que je n'ai opposé aucune nouvelle théorie à celle que j'ai battue en brèche et il croit que j'ai été un peu obscur dans le paragraphe consacré aux anomalies de ce troisième temps, surtout pour ce qui concerne les positions occipito-postérieures, qui ne se réduisent point. Je n'ai suscité à la vérité aucune nouvelle théorie à la place de celle de Cazeaux, mais j'ai démontré comment le phénomène s'opérait, et j'avoue que je n'ai pas cru qu'il y eût obscurité dans les ano-

malies de ce troisième temps ; quinze années de pratique m'ont démontré, en effet, qu'il n'est pas très-rare que le mouvement de rotation s'effectue dans les positions occipito-postérieures.

Je ne pouvais écrire en langue étrangère un travail de si longue haleine sans qu'il présentât bien des imperfections et des fautes considérables, et demeurant à 2,000 lieues de l'ancien monde, où le mouvement scientifique est si prodigieux, je ne pouvais toujours recevoir les ouvrages dont j'avais besoin, et pour en citer un exemple, le livre de M. Barnes, sur les hémorrhagies utérines, m'est parvenu alors que mon ouvrage se trouvait déjà au milieu de sa publication, ce qui ne m'a pas permis d'en faire mention.

Je ne suis pas fâché qu'une personne aussi distinguée que M. le Dr Dupuy ait bien voulu me faire l'honneur de critiquer mon livre et d'en indiquer les fautes, pour me permettre de les corriger dans une nouvelle édition. Mais je considère la supposition d'allures prétentieuses de ma part comme injuste et mal fondée.

En attendant que vous ayez la bonté de faire publier cet article dans votre *Revue Gynécologique*. Agréez, etc...

V. SABOIA,

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Rio-Janeiro.

Rio-Janeiro, 14 octobre 1874.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos collaborateurs les plus distingués. M. le Dr BARDINET, directeur de l'Ecole préparatoire de Limoges, professeur de clinique chirurgicale, membre correspondant de l'Académie de médecine, président de l'association des médecins de la Haute-Vienne et membre du Conseil général de l'Association générale, a succombé à une longue et douloureuse maladie.

M. Bardinet, que sa vaste érudition et son affabilité avaient placé au rang des médecins les plus occupés de la province, n'a presque jamais manqué, lorsqu'il venait assister à la réunion de l'Association générale des médecins, de lire devant l'Académie de médecine quelque mémoire toujours empreint de la plus entière originalité. Nos lecteurs n'ont certainement pas oublié son rapport *sur la syphilis, communiquée par le doigt d'une sage-femme*, que nous avons publié dans notre numéro du mois d'avril.

La mort de M. Bardinet est une grande perte pour la famille médicale tout entière, et nul ne la ressent plus vivement que nous.

Hôtel-Dieu. — M. le Dr Alphonse GUÉRIN a repris son cours sur les maladies des organes génitaux internes de la femme, le lundi 23 novembre, dans l'amphithéâtre no 2, à dix heures. Il doit le continuer le lundi de chaque semaine.

D. Françon... Quadripare, accouchée le 27 Avril 1872 à 10h du matin, en O.I. ... suites de couches normales. Sortie le 6 Mai

Pouls	Tempre	Hauteur de l'utérus
160	41	17
156		
152		16
148		
144		15
140	40	
136		14
132		
128		13
124		
120	39	12
116		
112		11
108		
104		10
100	38	
96		9
92		
88		8
84		
80	37	7
76		
72		6
68		
64		5
60	36	

(1) Commencemen... ...t au début, s'est accentué à la fin. Lochies rouges jusqu'au 7e jour
(2) Fin de la fl... ...perceptible
(3) Empatement ...
(4) Retour aux ... et volum...
(5) Lidérus n'arr...

Bulletin mensuel des Accouchements et des Décès des nouvelles accouchées constatés dans les Hôpitaux généraux et spéciaux, ainsi que dans les services administratifs de l'Assistance publique de Paris pendant le mois d'octobre 1874.

NOMS des Etablissements.	NOMBRE des accouchements	CAUSES DES DÉCÈS. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	MORTALITÉ P. 0/0. Femmes dont la grossesse a été normale. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	Femmes dont la grossesse a présenté des complications. Fièvre puerpérale.	Autres causes.	TOTAL.	DÉCÈS de femmes entrées à l'hôpital après des tentatives infructueuses d'accouchement.	DÉCÈS de femmes accouchées à domicile et admises à l'hôpital à la suite d'accidents ou de complications dans l'accouchement.
Hôtel-Dieu....	38	2	»	»	»	2	5.26	»	»	»	5.26	»	1
Pilié........	5 [1]	2	»	»	»	2	40.00	»	»	»	40.00	»	»
Charité.......	45	»	1	»	»	1	»	2.22	»	»	2.22	»	»
Saint-Antoine:	28	»	1	1	»	2	»	3.57	3.57	»	7.14	»	3 [2]
Necker.......	16	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	1
Beaujon......	33	»	2	»	»	2	»	6.06	»	»	6.06	»	»
Lariboisière...	71	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	2 [3]
Saint-Louis...	57	6	1	»	»	7	10.52	1.75	»	»	12.27	»	»
Lourcine.....	3	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Hôpital temporaire (r. de Sèvres).	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
TOTAL......	296	10	5	1	»	16	3.37	1.69	0.34	»	5.40	»	7
Services spéciaux													
Cochin.......	54	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Cliniques.....	15	»	1	2	1	4	»	6.66	13.33	6.66	26 65	»	1
Mson d'Accouchem.	123	»	3	»	»	3	»	2.43	»	»	2.43	»	»
TOTAL.......	192	»	4	2	1	7	»	2.08	1.04	0.52	3.64	»	1

SERVICES ADMINISTRATIFS.

	NOMBRE des accouchements	DÉCÈS.	Mortalité p. 0/0.
Accouchements effectués à domicile par les sages-femmes des bureaux de bienfaisance.	869	1	0.11
Accouchements de femmes envoyées par l'Administration pendant 9 jours chez des sages-femmes de la Ville.	193	»	»

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES.

[1] Service fermé depuis le 1er octobre.
[2] Fièvre purpérale
[3] Un cas de péritonite puerpérale.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Inversion utérine; réduction au bout de vingt-cinq mois à l'aide du pessaire sphérique à air de Gariel. — Grossesse nouvelle; hémorrhagie; dépression ultérieure du fond de l'utérus; mort, par le Dr VITAL. *Gazette médicale*, 1874, p. 178.)

Ascite du fœtus, cause de dystocie. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1er juin 1874, et *Revue méd. de l'est*, 1er août 1874.)

Rupture du vagin avec sortie des intestins. (*Archiv für Gynækologie*, et *Gazette médicale*, 1874, *p.* 441.)

Opération césarienne par une incision latérale, par le Dr UNGARELLI. (*Gazetta delle cliniche*, n. 47, 1873, et *Lyon médical*, 16 août 1874.)

De l'amputation de la partie vaginale du col de la matrice, par OTTO SPIEGELBERG. (*Archiv für Gynækologie*, tome V, fascicule 3, p. 411, et *Gazette médicale*, de Strasbourg, 1874, p. 107.)

Traitement de la métrite interne (endométrite) à sa période d'acuité. Leçon de M. Alphonse GUÉRIN. (*Gaz. des hôpitaux*, 1874, n. 95 et 98.)

Injection hypodermique d'ergotine dans l'hémorrhagie postpuerpérale, par le Dr WILLIAMS. (*The Medical and Surgical reporter*, october 24, 1874.)

Note sur le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus par la ponction par le Dr Alfred MEADOWS. (*The Obstetrical Journal*, novembre 1874, p. 481.)

Sur les adhérences anormales du placenta, PAR GUÉNIOT. (*Gaz. des hôp.*, 1874, n. 126.)

Accès de toux produits par les rapports sexuels, par le professeur ELSBERG (de New-York). (*Philadelphia Med. Times*, 28 février 1874, et *Lyon méd.*, 1874, 25 octobre, n. 224.)

Déchirure incomplète du périnée.—Périnéorrhaphie immédiate.—Guérison, par le Dr JOS. (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége*, 1874, p. 430.)

Note sur un cas de grossesse extra-utérine, par le Dr FOURRIER (de Compiègne). (*Bulletin de thérap.*, 15 et 30 septembre 1874.)

De la mort apparente chez le nouveau-né, par le Dr MARTEL (Thèse de Paris, 1874.)

Septicémie puerpérale, par MATTHEWS DUNCAN. (*The Obstetrical Journal*, septembre 1874, p. 337.)

Le Rédacteur en chef, gérant : A. LEBLOND.

A. PARENT, imprimeur de la Faculté de Médecine, rue M.-le-Prince, 31.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME II

Juillet à Décembre 1874.
